

## MÉMOIRES ORIGINAUX

## I

## UN CAS DE LÉSION LINÉAIRE LIMITÉE À LA SUBSTANCE BLANCHE DE LA FRONTALE ASCENDANTE DROITE DANS SA MOITIE SUPÉRIEURE. — HÉMIPLÉGIE. — ÉTUDE DE LA DÉGÉNÉRATION SECONDAIRE PYRAMIDALE

PAR

**Pierre Marie et Idelsohn** (de Riga).

## OBSERVATION

Coudert, 49 ans, artiste peintre, entre à Bicêtre le 7 mars 1896 à cause d'une paralysie des extenseurs des mains (paralysie saturnine) datant de septembre 1895.

**12 mai 1895.** — La paralysie s'est améliorée, bien qu'elle soit encore très notable ; il se plaint beaucoup de mauvaises digestions et d'insomnie. Les réflexes rotulien sont plutôt forts.

**28 mai 1901.** — Main en coup de vent. Pas de tumeur dorsale du poignet. Atrophie des extenseurs. Les petits muscles de la main sont peu pris. Groupe d'Erb conservé.

**29 juin 1903.** — Ictus du côté gauche sans perte de connaissance. *Hémiplégie gauche très nette avec déviation de la face.* Sensibilité bien conservée. Pas de déviation de la langue. Il ferme isolément les yeux. Le malade se plaint de ressentir quelques douleurs du côté gauche.

**29 juillet.** — La motilité commence à revenir.

**31 juillet.** — Crise d'épilepsie jacksonienne, *sans perte de connaissance*; convulsions assez étendues, prédominantes à gauche ; le matin, les crises se renouvellent très souvent, mais diminuent peu à peu de violence. Au début de la crise, les convulsions sont limitées à la face et aux membres gauches, mais elles tendent peu à peu à gagner le côté opposé, d'abord par le membre inférieur, puis par le membre supérieur ; elles respectent la face de ce côté ; à gauche, les convulsions sont presque continues à la face, — l'œil est à demi fermé, s'ouvre et se ferme ; convulsions du m. zygomaticus et du sourciliier. Pas de trouble de connaissance. Anesthésie à gauche. Les réflexes tendineux sont exagérés. Les membres gauches, pendant les intervalles des convulsions, sont contractés : la jambe en extension, le bras en flexion. Déviation conjuguée de la tête et des yeux vers la droite ; au début de la crise, la tête était tournée à gauche. Pas de diplopie. Réflexe plantaire en flexion à droite, en extension à gauche.

**1<sup>er</sup> août.** — Le malade répond bien aux questions : il se plaint de son état. Il existe seulement quelques petites convulsions au niveau de la face. La face est nettement déviée à droite, la tête à gauche. Ptosis partiel des deux côtés ; la langue est déviée à gauche. Le cou droit n'est pas paralysé. Pas d'embarras de la parole. Il éprouve une sensation de fourmillement dans le poignet gauche deux minutes avant que la crise éclate : elle débute très nettement à la face où les convulsions sont beaucoup plus marquées ; la face est fortement tournée à gauche. La crise dure une demi-minute environ ; à la suite, respiration sifflante. Réflexes crématériens abolis des deux côtés ; abdominal aboli à gauche, existe à droite. Le malade tourne les yeux beaucoup plus difficilement du côté droit que du côté gauche.

**4 août.** — Une crise.

*11 août.* — La pupille gauche est sensiblement plus dilatée que la droite.

*14 septembre.* — Pas de crises; la contracture gauche est prononcée sur les deux membres. Les traits de la face sont légèrement déviés à droite, pas de déviation notable de la langue. Le malade peut marcher (quand on le tient) quelques mètres. Il marche à petits pas entraînant la jambe gauche. Il a une petite quantité d'albumine dans les urines. État psychique assez bon.

*16 septembre.* — Une crise. La tête est tournée fortement à gauche, les yeux aussi; mouvements cloniques très accentués dans toute la partie gauche de la face, peu de mouvements dans les membres.

*18 septembre.* — Des crises pendant la nuit; il avale difficilement depuis. Les yeux sont déviés à droite. La langue était mordue. Il se trouve dans un état psychique particulier : hallucinations visuelles, idées de persécution. Les hallucinations sont nettes du côté gauche; pas d'hémianopsie.

*24 septembre.* — Euphorie. Désorienté.

*5 octobre.* — État psychique normal; il se rend compte des idées bizarres qu'il avait eues. Pas d'albumine. Une crise.

*30 décembre 1903.* — Mort.

#### AUTOPSIE

Éminences mamillaires petites, mais à peu près égales. Corps calleux très mince. Le long du bord supérieur du cerveau et des deux côtés, les granulations de Pacchioni sont peut-être un peu plus marquées qu'à l'état normal. La pie-mère n'est nulle part épaisse ni adhérente. Traces d'état vermoulu au niveau de la partie moyenne de F<sup>3</sup> à droite, état vermoulu au niveau du Pôle temporal de l'hémisphère gauche. Un peu de dilatation ventriculaire. Les veines qui se rendent dans le sinus longitudinal supérieur ne semblent pas particulièrement développées. Sur la coupe de Flechsig, faite à la même hauteur sur les deux hémisphères, on constate que la corne occipitale du ventricule est beaucoup plus large à gauche qu'à droite. D'autre part, le noyau lenticalaire est beaucoup plus volumineux à gauche; enfin la substance grise des circonvolutions de la moitié antérieure de l'insula gauche est moins nette que de l'autre côté. En tout cas, on ne constate aucune lésion macroscopique de l'hémisphère gauche.

Sur une coupe passant à 5 millimètres au-dessus de la face supérieure du corps calleux dans l'hémisphère droit on trouve une cicatrice linéaire dirigée tout à fait transversalement de gauche à droite, contenue exclusivement dans le centre ovale, située sur une ligne qui prolongerait le fond du sillon de Rolando avec tendance à davantage à Fa qu'à Pa. Sur une coupe faite à 2 millimètres plus haut, la cicatrice linéaire est plus étendue et a environ 2 millimètres de longueur; elle est nettement située dans Fa dont elle occupe toute la substance blanche. Plus on remonte et plus on constate que cette cicatrice hémorragique est localisée dans Fa, et elle vient ainsi jusqu'au niveau de la partie tout à fait supérieure et antérieure de Fa, dont en aucun point la substance grise n'est prise.

Ce petit foyer hémorragique ne descend pas au-dessous de la partie moyenne du sillon de Rolando et il cesse juste au-dessus de la paroi supérieure du ventricule latéral. Il est constitué par une véritable cicatrice linéaire dont les deux lèvres se laissent facilement séparer quand elles ne sont pas d'elles-mêmes béantes; ces lèvres sont colorées d'un très fin liséré d'hématoïdine. Le foyer linéaire occupait donc une hauteur de plusieurs centimètres dans le sens vertical.

Le cervelet qui a des dimensions normales, ainsi que la protubérance, ne présentent microscopiquement aucune lésion. Pas d'épaississement de la pie-mère spinale postérieure. Une seule petite plaque calcaire dans la région dorsale inférieure. Dans la moelle, la présence de corps granuleux est évidente au niveau du faisceau pyramidal croisé gauche.

\* \*

Nous avions pensé tout d'abord que l'étude de cette lésion si limitée, semblable à une lésion expérimentale faite avec un bistouri, sans section de l'écorce grise et sans aucun délabrement des parties voisines, pourrait nous fournir des renseignements précieux sur les dégénérescences consécutives à une altération localisée à la substance blanche de la circonvolution frontale ascendante.

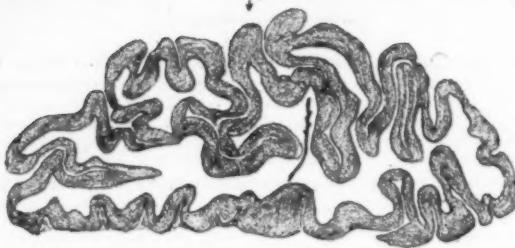


FIG. 1. — Coupe horizontale de l'hémisphère droit du cerveau au-dessus de la face supérieure du corps calleux. — Dans la substance blanche de l'A se voit une longue cicatrice linéaire (trait noir), dirigée de dehors en dedans, qui montre le siège exact de la lésion.

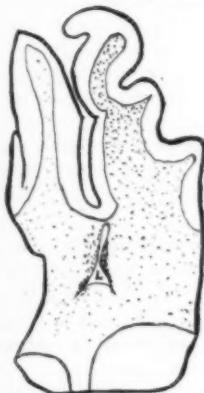


FIG. 2. — Coupe d'une portion de la circonvolution frontale ascendante montrant, avec le siège de la lésion *L* à sa partie supérieure, ce fait que la substance grise n'est pas directement intéressée. — Nombreux corps granuleux parcellés autour de la lésion et dans la substance blanche circonvoisine.



FIG. 3. — Coupe de la capsule interne. *NC*, noyau caudé; *NL*, noyau lentiforme; *Th*, thalamus; *Cg*, corps genouillé externe. Les corps granuleux siègent dans la capsule interne en arrière du point portant l'inscription *Cip*.

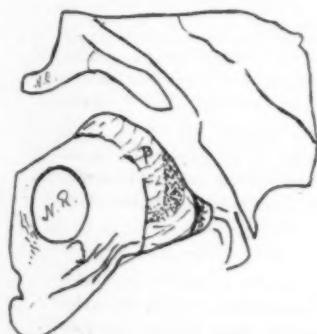


FIG. 4. — Coupe horizontale du pédoncule cérébral droit montrant, par la méthode de Marchi, la disposition en croissant du territoire dans lequel se trouvent les corps granuleux, indice de la dégénération pyramidale.

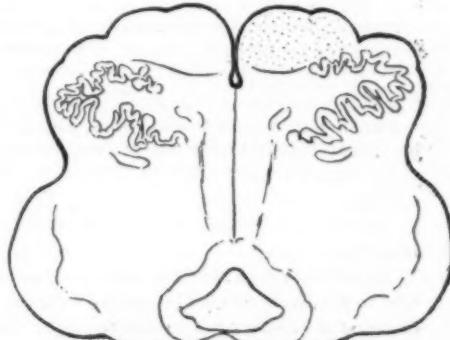


FIG. 5. — Coupe du bulbe montrant que les corps granuleux, dont la localisation était très limitée dans la capsule interne, occupent toute l'aire de la pyramide bulbaire, et y sont uniformément répartis.

Les résultats de notre examen de plusieurs étages du cerveau (hémisphère droit, côté malade) nous ont montré que les choses étaient beaucoup plus complexes que nous ne le pensions.

A la vérité, la dégénération du faisceau pyramidal était des plus nettes, et nous en exposerons tout à l'heure les modalités; mais, en outre de la dégénération pyramidale, d'autres dégénérations se sont montrées dans la substance blanche du centre ovale, tellement étendues que nous devons nous borner à les signaler sans chercher à les expliquer.

Nous dirons d'abord que la conservation des pièces recueillies pendant l'hiver et après formolage *in situ* était vraiment parfaite, et que notre conviction absolue, contrairement à ce qui arrive bien souvent avec le procédé de Marchi, est que dans ce cas il ne saurait s'agir de lésions cadavériques ou artificielles.

Lorsqu'on examine au microscope la partie supérieure de la circonvolution frontale ascendante, endroit où commence la fente hémorragique dont nous avons décrit plus haut l'aspect macroscopique, on constate que la substance grise n'est pas atteinte, que la lésion s'arrête exactement au niveau de la couche profonde de la substance grise. Les lèvres de la fissure présentent des grains d'hématoidine et un grand nombre de corps granuleux. D'ailleurs les corps granuleux ne restent pas localisés à ce niveau; on les retrouve dans des parties éloignées de cette circonvolution, surtout dans les régions de la substance blanche qui sont au contact de l'écorce.\*

Quand on examine à des étages inférieurs la substance blanche du centre ovale, on constate que les corps granuleux existent en grand nombre dans celle-ci, même à distance de la frontale ascendante.

Plus bas encore, au niveau d'une coupe horizontale passant à un ou deux millimètres au-dessus du bord inférieur du splenium et du bec du corps calleux, on voit les corps granuleux, très abondants dans la substance blanche, se grouper tout particulièrement dans les fibres transversales qui se dirigent du noyau lenticulaire vers la couche optique, et on est frappé du contraste qui existe entre l'intensité de la dégénération de ces fibres et l'intégrité presque complète, sauf en quelques points très limités, des faisceaux de fibres verticales (pyramidales) situés entre les fibres transversales dégénérées; concurremment à la dégénération de ces fibres transversales, on constate celle des pinceaux de fibres situés en pleine couche optique.

Nous signalerons également ce fait que le corps calleux, dans presque toute son étendue, présentait d'assez abondantes granulations osmiques.

Nous ne saurions donner une interprétation de cette abondance des corps granuleux en des points éloignés de la circonvolution frontale ascendante.

S'agit-il d'une dégénération directe consécutive à la lésion limitée de cette circonvolution? Le fait est possible, mais semble assez extraordinaire.

Faut-il au contraire penser que, sous l'influence d'un processus que nous ignorons et qui serait peut-être en relation avec les phénomènes d'épilepsie jacksonienne si intenses chez ce malade, il s'est produit à distance des dégénérations qui n'avaient avec la fissure hémorragique que des relations éloignées? Le fait est également possible, mais nous ne saurions à cet égard émettre d'avis motivé.

Quant à la dégénération pyramidale, les choses sont tout autres; ici les résultats de nos examens sont tellement nets, pour ce qui est de l'hémisphère droit, qu'on ne peut éléver aucun doute.

Sur une coupe horizontale passant aux confins des régions thalamique et sous-

thalamique, et sectionnant la commissure postérieure (cette coupe correspond exactement à la figure 342, page 359 du tome II de l'*Anatomie* de M. et Mme Dejerine), on trouve des corps granuleux dans la région du ruban de Reil médian, dans le bras du tubercule quadrijumeau antérieur, et dans le segment rétro-lenticulaire de la capsule interne. Nous ne pouvons insister sur ces différentes dégénérations, nous étant trouvés hors d'état de les suivre dans leur parcours. Nous ne voulons retenir que ce qui a trait aux fibres verticales, pyramidales de la capsule interne. Celle-ci présente une dégénération des faisceaux de fibres verticales parfaitement limitée ; le plus gros de ces faisceaux dégénérés se trouve immédiatement en avant du groupe du faisceau de Türek. L'ensemble des faisceaux dégénérés ne dépasse pas en épaisseur la sixième partie du reste de la capsule interne qui se trouve en avant du faisceau de Türek.

Au niveau du pied du pédoncule cérébral, les fibres dégénérées se présentent, sur une coupe du pédoncule passant par le noyau rouge, sous la forme d'un croissant à convexité externe, dont l'extrémité antérieure se trouve située à la périphérie du pied, au milieu de l'espace occupé dans celui-ci par le faisceau interne et par le faisceau moteur, abstraction faite du faisceau de Türek. La partie convexe du croissant occupe, dans sa portion antérieure, la périphérie du pied ; dans sa portion postérieure, cette partie convexe constitue la limite entre le faisceau moteur et le faisceau de Türek.

Si nous insistons sur la forme de cette dégénération, c'est parce qu'elle est très différente de celle donnée par les auteurs classiques. D'après ces auteurs, en effet, le pied du pédoncule serait partagé en tranches plus ou moins parallèles correspondant à tel ou tel territoire cérébral, et chacune de ces tranches conserverait, au point de vue des fonctions des fibres qui y sont contenues, la même localisation qui incombe à celles-ci dans le cerveau. — Dès lors, dans un travail antérieur, l'un de nous a, avec G. Guillain (1), montré combien cette description classique était erronée. Dans l'observation présente, nous constatons de nouveau que la dégénération pyramidale, très limitée au niveau de la capsule interne, tend, à mesure qu'elle descend dans l'axe cérébro-spinal, à se diffuser dans toute l'épaisseur du faisceau pyramidal, à tel point qu'au niveau des pyramides bulbares cette diffusion est déjà faite et parfaite et les corps granuleux se retrouvent dans toute la largeur de la pyramide.

Tels sont les faits que nous avons cru devoir signaler plus particulièrement au point de vue anatomo-pathologique.

Au point de vue de la physiologie pathologique de l'épilepsie jacksonienne, nous ferons remarquer que dans notre cas l'écorce grise de la Frontale ascendante n'était pas directement intéressée par le foyer hémorragique linéaire, mais qu'à la vérité celui-ci était, dans sa partie supérieure, tangent à la couche la plus inférieure de la substance grise. Ce voisinage était assez proche pour qu'on ne puisse arguer de notre fait en faveur de la possibilité de production de l'épilepsie jacksonienne par une lésion limitée à la substance blanche d'une circonvolution.

Nous ferons en outre remarquer que, quelque limitée que soit la lésion primitive, on n'en a pas moins vu se produire une épilepsie jacksonienne occupant la face et les deux membres du côté gauche, et une *hémiplégie* des mieux caractérisées du même côté. Il y a là évidemment quelque chose de contraire

(1) Pierre MARIE et Georges GUILLAIN : *Existe-t-il en clinique des localisations dans la capsule interne?* (*Semaine médicale*, 25 juin 1902.)

aux données actuelles de nos connaissances sur les localisations cérébrales, mais, par suite de la grande diffusion des dégénérations secondaires dans la substance cérébrale, il nous est, dans le présent cas, impossible de rechercher d'une façon précise la raison d'être de ces contradictions.

## II

## LA NEURASTHÉNIE DANS L'ARMÉE

PAR

**Maurice Boigey,**

Médecin aide-major.

La neurasthénie est une maladie commune dans l'armée, qui représente l'un des milieux de culture les plus propices à l'élosion de cette névrose. On chercherait vainement dans les statistiques la preuve de sa fréquence. Le nombre des militaires (officiers et soldats) qualifiés officiellement de neurasthéniques est minime. C'est qu'en effet, les cas graves nécessitent l'hospitalisation et sont seuls enregistrés avec leur véritable diagnostic; les autres — les cas bénins — sont classés sous des rubriques variées dont la plus commune est la « courbature ».

Beaucoup d'hommes dits « courbaturés » ne présentent que des symptômes d'asthénie et de brisement musculaire, sans offrir la moindre poussée fébrile, alors que la fièvre caractérise essentiellement la véritable courbature. Souvent, sans doute, ils s'agit dans ces cas de manifestations neurasthéniques. L'interrogatoire et l'examen ultérieur des malades le démontrent.

Nous voudrions esquisser les formes le plus communément observées de cette affection dans le milieu militaire, en décrire l'évolution, les rattacher à leurs véritables causes et en indiquer les modes de traitement.

\* \*

Il est exceptionnellement donné aux médecins militaires d'observer sur le même sujet le tableau clinique de la neurasthénie au complet. Le plus souvent ils se trouvent en présence de formes monosymptomatiques ou frustes. Mais les caractères de ce symptôme unique sont presque toujours assez nets pour permettre d'en faire le diagnostic.

Dans le milieu militaire, en effet, les sujets atteints sont jeunes ou bien ont été surpris par la névrose dans un état de vigueur physique supérieur à la moyenne générale, de sorte que les altérations organiques ou fonctionnelles imputables à la neurasthénie se manifestent plus vivement chez de tels sujets que chez ceux que des occupations sédentaires ou simplement l'absence de culture physique ont auparavant débilités et prédisposés à la névrose.

La maladie diffère très notablement chez le soldat et chez l'officier. La différence des manifestations cliniques est commandée par les conditions mêmes d'existence, surtout par la différence d'éducation et de culture intellectuelle des deux catégories de malades.

Les états cérébraux neurasthéniques ne sont pas le propre des soldats. C'est d'abord l'*asthénie musculaire*. Le soldat neurasthénique se fatigue vite. Les exercices militaires les moins lassants suffisent à le terrasser. Pendant les marches, cette fatigue se manifeste surtout par du dérobement des jambes. Nous nous rappelons avoir observé un homme dont les jambes se raidissaient douloureusement après une heure ou deux de marche : il fut réformé pour claudication intermittente. Nous l'avons vu depuis ; les conditions matérielles et morales de l'existence étaient devenues excellentes pour lui et il était guéri. Il s'agissait probablement d'un névropathe, peut-être d'un neurasthénique, mais non d'un artériel claudicant. Cette asthénie musculaire a presque toujours comme caractéristique de s'atténuer ou même de disparaître après les repas.

La *rachialgie* est un autre stigmate du soldat neurasthénique. Elle est intermittente ou continue, généralisée ou localisée à la région lombaire, plus rarement à la nuque. Elle s'accompagne ou non d'une hyperesthésie qui arrache des cris au malade par le simple frôlement. D'autres fois, elle fait place à des sensations subjectives bizarres d'allongement ou de tassement douloureux de la colonne vertébrale, de craquements, de « gouttes d'eau chaude ou froide qui couleraient » le long du rachis.

Cette rachialgie est l'un des symptômes les plus tenaces et laisse souvent le médecin perplexe sur la véritable nature du mal.

Certaines *nérvalgies* à localisations insolites, occupant les paupières, les dents, la langue (glossodynies), le coccyx chez les cavaliers (coccydynie), ou bien rappelant le caractère des douleurs à type fulgurant, constituent un troisième stigmate du soldat neurasthénique.

Quelques sujets peu nombreux se plaignent surtout de *douleurs internes*, topoalgies viscérales insupportables, à localisations multiples, les faisant souffrir sans répit. L'examen somatique est négatif et cependant il est impossible de les considérer comme des simulateurs ou des exagérateurs, tant leurs douleurs sont bien caractérisées. Ce sont les neurasthéniques que Charcot avait baptisés du nom bien caractéristique de *geignards*. Cette forme, d'ailleurs, est difficilement curable. Les soldats qui en sont atteints ne guérissent pas à la caserne et pas toujours quand il sont rentrés dans leurs foyers.

L'*anémie* suffit souvent à caractériser un état neurasthénique latent surtout lorsqu'elle se traduit simplement par la pâleur des téguments sans lésions organiques décelables. Certains cas de *palpitations* observés par les médecins militaires se rattachent directement à la névrose neurasthénique. Elles durent parfois des semaines et des mois et restent absolument sans gravité.

Enfin, nous ne sommes pas éloigné de penser que ces *incontinences d'urine* rebelles qui nécessitent l'hospitalisation de tant de soldats, et parfois même provoquent leur réforme, sont dans un certain nombre de cas imputables à la névrose et représentent l'une des nombreuses variétés de la neurasthénie vésicale signalée par Guyon.

Telles sont les manifestations cliniques de la névrose le plus communément observées chez les soldats.

\* \*

Si l'on étudie la maladie chez les officiers, on voit que les types cliniques varient à l'infini ; mais il est possible d'en faire une description synthétique et de les réduire à quelques types fondamentaux.

Voici un homme encore jeune qui s'est intellectuellement surmené depuis

quelque temps. Il souffre d'insomnie. Il entend, dit-il, sonner toutes les heures de la nuit; il ne dort plus, et cela depuis des mois et des mois. Cette insomnie semble constituer à elle seule toute la maladie. Après interrogatoire, le médecin ne tarde pas à constater quelque exagération dans le récit du patient, tendance commune à la plupart des neurasthéniques.

Il est hors de doute cependant que le moindre effort intellectuel, prolongé quelque peu avant dans la soirée, suffit pour priver ces malades de sommeil pendant tout le reste de la nuit. D'autres fois ils se couchent, attendent vainement le sommeil, se retournent sans fin dans leur lit, finissent par s'endormir au petit jour et se réveillent fatigués, courbaturés, la tête lourde, avec une céphalée persistante toute la journée.

Quand cette insomnie existe seule, elle suffit à caractériser une forme fruste, monosymptomatique de la maladie.

Chez un autre sujet, les *fonctions intellectuelles* sont surtout modifiées. Il est devenu incapable de fixer son attention sur les questions relatives à son métier d'officier. La mémoire elle-même est paresseuse. Il ne prend plus de décisions qu'avec une extrême difficulté et l'on conçoit combien est dangereux cet état mental chez un chef chargé de diriger une troupe. Boucret a relevé ce symptôme chez nombre de neurasthéniques et l'a nommé *aboutie neurasthénique*. Un tel officier laisse à ses subalternes le soin d'administrer et de conduire l'unité placée sous son commandement.

Observons-le de plus près. Il se trouve en perpétuel état d'inquiétude, il est constamment préoccupé. Sa physionomie est toujours grave ou songeuse. S'il aborde un médecin, lui, taciturne à l'ordinaire, devient d'une loquacité intarissable dans l'exposé de ses maux. Parfois même, pour ne rien omettre, il a consigné sur des notes le produit de son auto-observation : c'est le type du malade « aux petits papiers » de Charcot. Sur sa table voisinent des « livres de médecine » et des livres militaires ou autres. Il lit avidement et attentivement les premiers, et eux seuls, et cette lecture ne contribue pas peu à augmenter ses inquiétudes. Jadis mondain, il recherche aujourd'hui la solitude. Son caractère était doux ; il est devenu irascible et ses subordonnés le détestent, car il les invente à tout propos et hors de propos. Enfin, son émotivité est devenue si grande qu'il se trouve dans l'incapacité de commander correctement une manœuvre devant ses chefs. Il commet de grossières erreurs, s'embrouille et a besoin d'une aide étrangère pour terminer la manœuvre commencée.

Il peut cependant sortir plus ou moins complètement de cet état de dépression, lorsqu'il se livre à un plaisir ou à une occupation qui lui agrée momentanément. Mais il y retombe vite lorsqu'il se retrouve dans les conditions de la vie ordinaire. Enfin, le repas a parfois une heureuse influence sur lui, mais cette amélioration dure à peine quelques heures.

Une catégorie de malades particulièrement curieuse et intéressante est représentée par ceux que Henry Meige a appelés les *neurasthéniques errants*. Ils sont rares dans l'armée. Ils y sont cependant représentés par cette catégorie de militaires qui ne se plaisent jamais où ils se trouvent et qui, après avoir élu domicile dans une garnison, ne songent qu'à en sortir dès le lendemain de leur arrivée.

A côté du type pathologique précédent, il convient d'en décrire un autre tout aussi bien tranché, tout aussi commun : celui de l'officier *neurasthénique dyspeptique*. Généralement, il ne manque pas d'appétit et mange bien, malgré les troubles digestifs qu'il ressent. Il se préoccupe toujours beaucoup de l'état de sa

langue, l'examine fréquemment et se plaint d'avoir la bouche continuellement mauvaise. Ses digestions, longues, s'accompagnent d'une désagréable sensation de pesanteur, d'un certain degré de ballonnement gastrique, parfois même d'un peu de gêne de la respiration, de congestion de la face et de somnolence.

D'autres fois, au lieu d'être immédiats, ce n'est que deux ou trois heures après le repas que surviennent les troubles précédents. La constipation est la règle. Le malade s'inquiète énormément de son état et on le voit souvent maigrir progressivement, devenir même cachectique, au point que le médecin pense à un cancer de l'estomac ou de l'intestin. En réalité, le malade s'occupe infiniment plus de son état morbe que ne le ferait un cancéreux vulgaire.

La fonction génitale devient à son tour profondément troublée. L'intensité des érections, qui est grande, incite le sujet à un coït fréquent. La fatigue qui en résulte ne se fait pas attendre. Les éjaculations deviennent précoces et parfois douloureuses. Le malade s'inquiète ; il ressent des maux de reins, de la céphalée, de la rachialgie. A cela s'ajoutent des pollutions nocturnes qui achèvent de l'épuiser.

A partir de ce moment, les érections diminuent, persistent parfois quand le malade est seul et ne se produisent plus en présence de la femme. Au cours du coït, l'éjaculation est prématûrée. Le trouble génital occupe exclusivement l'esprit du malade qui est dans un état de dépression et d'abattement très accusé. Les troubles gastriques aidant, il ne mange plus, dort mal, maigrit et se cache-tise.

De tels malades sont des auto-observateurs perpétuels et s'analysent à l'infini. Les prédisposés ou les plus tarés d'entre eux cotoient pendant longtemps l'aliénation mentale, mais il est exceptionnel qu'ils y versent.

Nous tenons à mentionner en dernier lieu une forme de neurasthénie compliquée, forme tout à fait spéciale et fréquente chez les militaires, d'un pronostic sévère et dans laquelle la guérison s'obtient rarement et difficilement. Elle correspond à l'hystéro-neuro-asthénie de Charcot, combinaison de la neurasthénie avec l'hystérie. Au premier rang des causes provocatrices il faut compter les traumatismes accompagnés ou non de shock nerveux (chute de cheval, de bicyclette, d'automobile). Ils déterminent une véritable névrose traumatique caractérisée par de la dépression cérébrale continue accompagnée de symptômes hystériques variés. C'est à des faits de ce genre qu'appartiennent vraisemblablement certains cas de paraplégie, de monoplégie, d'astasie-abasie post-traumatiques que certains auteurs comme Binswenger et Hammond ont voulu rattacher à la neurasthénie pure.

On comprendra sans peine que l'armée métropolitaine soit infiniment moins éprouvée par la neurasthénie que l'armée coloniale. Cette dernière compte des neurasthéniques par centaines et plusieurs de nos collègues des troupes coloniales nous ont affirmé avoir à donner habituellement leurs soins à 80 neurasthéniques en moyenne sur 100 malades. De telles constatations, si elles sont exactes, doivent laisser les praticiens singulièrement sceptiques sur la valeur affective et morale de ces troupes dont les qualités militaires sont par ailleurs indiscutables.

\* \*

La cause prédisposante de la neurasthénie, qu'il faut placer bien avant toute autre, et que nous avons retrouvée chez tous nos malades, c'est l'hérédité névropathique. Un homme pourvu d'un système nerveux parfaitement équilibré, c'est-

à-dire chez lequel les réactions sont toujours proportionnées aux excitations, ne deviendra jamais un neurasthénique.

Le rejeton d'un père en instance morbide lors de sa conception, d'une mère malade pendant sa grossesse, laboutissant d'une souche arthritique ou nerveuse est exposé à voir son individualité pathologique mise en relief par les influences physiques ou morales en apparence les plus minimes.

Miécamp a parfaitement exprimé cette idée quand il a écrit : « Un sujet qui, de par son innocence, possède un système nerveux toujours sous tension, dont l'excitabilité délicate réagit violemment sous les plus futilles causes, subira fatidiquement, pour des influences bancales, les véritables effets d'un surmenage, et il deviendra neurasthénique parce que sa constitution organique ne se prête pas à l'harmonie avec les causes ambiantes de nos réactions, parce qu'il est un être en désaccord avec la nature, ou du moins avec notre vie actuelle, particulièrement intensive. »

Les officiers de cette espèce ne sont pas rares qui, au moment d'un surcroît de travail, d'un examen ou d'un concours, en face de difficultés sérieuses à surmonter et de responsabilités à prendre, éprouvent soudain les signes avant-coureurs de la neurasthénie, surtout quand les résultats obtenus ont été négatifs ou peu satisfaisants.

Cependant il n'est pas rare que l'éducation remédie dans une notable mesure à une hérédité souvent accablante, en développant les deux facultés d'attention et de volonté. « L'existence pénible, une santé caduque, une mort hâtive dépendent souvent d'une enfance mal dirigée. » (Rêveillé-Parise.) L'éducation peut parfaitement, en développant l'énergie physique et morale, faire de sujets prédisposés à la névrose des êtres capables de surmonter toutes les difficultés de la vie.

Inversement, une mauvaise éducation peut faire d'un sujet, originellement exempt de tares, un predisposé acquis.

Enfin, certains hommes payent un jour leur tribut à la neurasthénie, qui paraissent héréditairement indemnes et pourvus d'une éducation bien conduite. C'est que l'enquête n'est restée négative que parce que l'interrogatoire médical a été insuffisant, ou bien le malade et son entourage sont dans une ignorance réelle ou voulue du passé. Souvent, en effet, on décrète l'absence d'hérédité, après avoir constaté que le père, la mère et les grands-parents sont sains. Mais l'hérédité pathologique, comme l'hérédité physiologique, peut sauter plusieurs générations. Il faudrait donc, avant d'avancer une pareille affirmation, être remonté jusqu'à la quatrième ou la cinquième génération dans l'ascendance directe ou collatérale. Or, c'est chose généralement impossible.

Quoiqu'il en soit, beaucoup d'officiers, en apparence parfaitement sains physiquement et mentalement, peuvent devenir neurasthéniques. C'est qu'alors « les causes provocatrices ont été multiples ou très violentes, supérieures à une résistance physiologiquement normale. Si ces cas ne sont point rares aujourd'hui, où l'on a cependant tant à compter avec les prédispositions héréditaires, c'est que les sources d'intoxications exogènes sont cultivées à plaisir (l'alcool, le tabac, les boissons excitantes ont, à ce point de vue, une influence néfaste incontestable); de plus, le surmenage sous toutes ses formes est une corrélation intime de notre civilisation avancée et de la nécessité toujours croissante de la lutte pour la vie. Qu'à ces causes habituelles s'ajoutent des soucis vifs ou prolongés, une insuffisance accidentelle des organes d'émission, et les premiers symptômes de la neurasthénie apparaîtront ». (Miécamp.)

Nous venons de parler du *surmenage*. C'est qu'en effet il est une cause importante d'auto-intoxication, partant de neurasthénie. Normalement, le jeu des organes ne s'exécute que grâce à l'usure de la matière vivante dont les déchets sont éliminés au fur et à mesure de leur production. Dès qu'il y a surmenage, les phénomènes de destruction de la matière vivante l'emportent sur les phénomènes de désassimilation. L'équilibre entre la production des poisons organiques et leur élimination est rompu : il y a rétention toxique.

Et il ne s'agit pas seulement ici du surmenage physique, mais également du surmenage intellectuel. Bain a dit que la pensée épaisait la substance nerveuse aussi insuffisamment que la marche épaisse les muscles. C'est absolument exact. La courbature cérébrale existe comme la courbature musculaire, après un travail intellectuel intense, mais surtout après la mise en jeu de passions violentes ou dépressives, à la suite de préoccupations ou d'émotions.

Toutes ces causes provoquent une lente auto-intoxication qui est à l'origine de toute neurasthénie, qui la provoque directement, qui la détermine, en amenant une lente altération de la cellule cérébrale, et aussi des autres cellules organiques. Dans ses *Leçons sur les auto-intoxications*, Bouchard a comparé l'organisme à un laboratoire de poisons. « Parmi ceux-ci, dit-il, les uns sont formés par l'organisme lui-même ; les autres, par des microbes, végétaux inférieurs qui sont ou bien les commensaux, les habitants naturels du tube digestif, ou bien des parasites d'occasion morbigènes. Ainsi, l'homme est constamment sous une menace d'empoisonnement ; il travaille à chaque instant à sa propre destruction ; il fait d'incessantes tentatives de suicide par intoxication. »

Les causes déprimantes énoncées plus haut empêchent l'organisme de lutter avantageusement contre cette perpétuelle menace de destruction, en paralyvant dans une notable mesure les glandes aux sécrétions neutralisantes, en diminuant l'activité des émunctoires, en retardant, en un mot, l'évacuation rapide des produits nuisibles. Chez le neurasthénique, un examen somatique complet permet de constater l'existence des troubles digestifs les plus variés ; les fonctions hépatique, surrénale et thyroïdienne sont languissantes ; enfin le rein et la peau ne réalisent plus qu'imparfaitement leur rôle de filtration et d'élimination.

\* \*

Aucune affection ne cause au cours de son évolution plus de surprises que la neurasthénie. Cependant on peut établir une grande distinction au point de vue du pronostic entre la *neurasthénie accidentelle*, heureusement la plus commune et la moins durable, imputable aux causes morales et au surmenage, et la *neurasthénie des héréditaires*, plus précoce, développée dès l'adolescence et donnant lieu à une dépression cérébrale accusée. Celle-ci, presque incurable, confine à l'aliénation mentale et peut être confondue avec la mélancolie et l'hypocondrie. Elle n'atteint que de véritables dégénérés et se complique de tous les accidents épisodiques de la dégénérescence.

Le pronostic de la neurasthénie accidentelle est au contraire commandé par le résultat bon ou mauvais du traitement.

Le traitement d'un malade qui a perdu toute confiance en sa santé, qui « ne pense plus qu'à sa bête » (Brissaud), exige du médecin, pour réussir, une dose de patience peu commune. Il faudra que ce dernier écoute sans ennui les longs récits du malade ; il faudra, dans le cas particulier, que le médecin militaire gagne la confiance du soldat neurasthénique, qui pensera toujours ne pas être pris au sérieux, et se plaindra d'être traité de malade imaginaire.

Le premier remède à indiquer est le repos qui suffira, d'ailleurs, pour guérir beaucoup de cas légers. Il faut surtout éviter de contraindre le neurasthénique à « se secouer », car on accroît ainsi l'épuisement de sujets que le moindre effort suffit à accabler. « Il n'y a pas de pire conseil à donner au neurasthénique que celui d'oublier son mal par l'entraînement physique. » (Lyon.) Cet aphorisme est surtout vrai pour des malades vigoureux, comme il est donné aux médecins militaires de les observer.

Les permissions ont une heureuse influence sur les sujets que le séjour à la caserne a rendus neurasthéniques. Les officiers chez lesquels les préoccupations, les chagrins ou les émotions ont fait éclore la névrose, devront voyager de préférence avec un compagnon patient et de bon conseil.

Certains médecins, comme Weir Mitchell, condamnent leurs malades, confinés au lit, à une immobilité de statue pendant un temps variable. L'isolement loin du milieu habituel est utile à ceux qui ne peuvent voyager. Cet isolement a surtout pour but de préserver les malades de l'influence nuisible de leur famille, dont la sollicitude inquiète aggrave encore le mal. Le massage, l'électrisation sous forme de bains électriques, la suralimentation et la douche froide sont utiles.

La partie la plus importante du traitement est sans conteste la partie morale. Le neurasthénique est avant tout un grand coureur de médecins. Il faut le rassurer sans cesse, dissiper ses craintes de maladie incurable, lui promettre formellement la guérison, grâce à un traitement prolongé et régulier.

Le traitement médicamenteux est nul ou à peu près. Les toniques et les calmants trouvent alternativement leur emploi.

Quant aux principaux symptômes : céphalée, rachialgie, insomnie, vertiges, troubles génitaux, troubles cardiaques, atonie gastro-intestinale, ils sont justifiables d'un traitement particulier quand ils sont péniblement supportés par le malade. Ils ne disparaissent complètement que lorsque le traitement général a porté ses fruits.

## ANALYSES

---

### ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE

**1342) Sur les Terminaisons Nerveuses dans les Organes Génitaux externes de la femme et sur leur signification morphologique et fonctionnelle**, par PASQUALE SFAMENI. *Archivio di Fisiologia*, vol. I, fasc. 4, p. 345-384, mai 1904 (XII planches, 54 figures).

C'est un travail de grande importance basé sur l'examen de très nombreuses préparations d'imprégnations au chlorure d'or des téguments de la vulve et du clitoris de la femme et de femelles de mammifères.

Le schéma des terminaisons sensitives dans la région examinée ne diffère pas, suivant l'auteur, de celui que l'on peut tracer de tout autre appareil sensitivo-sensoriel. Il suffira d'en faire ressortir les deux points principaux qui sont d'ailleurs des faits nouveaux : 1<sup>e</sup> les corpuscules ne sont pas des terminaisons ; 2<sup>e</sup> il n'y a pas de terminaison nerveuse libre, et tout filet se termine dans une cellule nerveuse (terminaison vraie).

Soit un corpuscule de n'importe quel type; c'est une fibre ou un groupe de fibres à myéline, qui perdent leur myéline au milieu d'un involucre conjonctif; elles se ramifient abondamment dans l'enveloppe, la plupart des ramifications allant se terminer dans une substance granuleuse semée de noyaux; substance granuleuse et noyaux représentant des restes de cellules nerveuses détruites par les manipulations. Tout l'appareil corpusculaire est un groupement de cellules nerveuses. C'est une formation comparable au ganglion rachidien.

Le corpuscule n'est pas une terminaison vraie, car, parmi les ramifications amyéliniques de la fibre à myéline, il en est qui sortent du corpuscule, vont rejoindre un réseau granuleux à la superficie du derme; puis certaines s'en détachent, pénètrent dans l'épaisseur même de l'épithélium, et chaque fibrille aboutit à une cellule épithéliale différenciée qui est une cellule nerveuse.

Certaines fibres ne passent pas par le corpuscule; leurs ramifications rejoignent directement le réseau granuleux superficiel, ou poursuivent dans l'épithélium, où elles se terminent dans une cellule nerveuse.

Donc nulle part un filet ne se termine librement. L'élément nerveux sensitif le plus périphérique n'est jamais un filament : c'est une cellule tellement périphérique qu'elle appartient à l'ambiance; les impressions sont pour une bonne part transmises aux ganglions dermiques que sont les corpuscules du tact, avant d'être conduites aux ganglions rachidiens, puis aux centres.

Les éléments de la chaîne sensitive sont-ils dans des rapports de contiguïté ou de continuité? Nulle part l'auteur n'a pu constater la contiguïté qui s'accorderait avec la théorie du neurone; ses observations ne lui ont jamais montré qu'une continuité indubitable des fibres d'une cellule à l'autre, cela dans tout le trajet de la chaîne sensitive.

F. DELENI.

**1343) Dégénérescences secondaires expérimentales après arrachement du Nerf Sciatico, étudiées par la méthode de Donaggio pour les Dégénérescences, par LUIGI LUGIATO. *Rivista sperimentale di Frenatria*, vol. XXX, fasc. 4, p. 435-442, mai 1904.**

La méthode met en évidence une dégénération de fibres qui commence à la région lombaire dans le cordon de Burdach; elle est unilatérale deux jours après l'arrachement du sciatique; elle a été trouvée bilatérale dans le cas d'un cobaye tué dix jours après l'arrachement.

La méthode agit (deux jours) à une période plus précoce que le Marchi.

F. DELENI.

**1344) Sur le développement des Fibres Nerveuses périphériques et centrales des Ganglions spinaux et des Ganglions céphaliques de l'embryon de Poulet, par GIACOMO PIGHINI. *Rivista sperimentale di Frenatria*, vol. XXX, fasc. 4, p. 169-202, mai 1904 (1 pl. en couleurs).**

Les nerfs périphériques, sensitifs et moteurs sont d'origine cellulaire. Dans chaque chaîne cellulaire se différencie une structure fibrillaire qui devient la fibrillation de la fibre adulte; les noyaux de la chaîne deviennent les noyaux de

Schwann. Les cellules nerveuses des ganglions spinaux et céphaliques proviennent par différenciation de certains noyaux des chaînes, qui se recouvrent d'un manteau fibrillaire. La continuité entre éléments, établie dès le début, persiste indéfiniment.

F. DELENI.

**1345) Coloration positive des Fibres Nerveuses à la phase initiale des Dégénérescences primaire et secondaire, systématique ou diffuse, du Système nerveux central,** par A. DONAGGIO. *Rivista sperimentale di Freniatria*, vol. XXX, fasc. 4, p. 203-219, mai 1904 (4 pl. en couleurs).

Méthode basée sur ce que, dans une coupe colorée par l'hématoxyline et mordancée par certains sels (étain), les fibres dégénérées résistent beaucoup plus que les fibres saines à la décoloration par le permanganate. F. DELENI.

**1346) Note sur le Développement de la partie terminale des Nerfs Moteurs et des Terminaisons Nerveuses Motrices dans les Muscles striés chez le poulet,** par CAVALIÉ (de Bordeaux). *Réunion Biologique de Bordeaux*, 2 février 1904, in *C. R. de la Société de Biologie de Paris*, 1904, p. 269, n° 6.

Chez l'embryon de poulet, du quatorzième au dix-septième jour, il existe, dans l'intérieur des muscles, des trainées cellulaires rappelant la disposition des nerfs moteurs préterminaux et des terminaisons nerveuses motrices. Dans ces trainées cellulaires, les cylindraxes et leurs arborisations ne sont pas mis en évidence par l'inprégnation au chlorure d'or.

JEAN ABADIE.

**1347) Développement des Terminaisons Nerveuses dans les Muscles striés,** par CAVALIÉ (de Bordeaux). *Réunion Biologique de Bordeaux*, 2 février 1904, in *C. R. de la Société de Biologie de Paris*, 1904, p. 653, n° 13.

Études pratiquées sur des embryons de poulets d'une quinzaine de jours. Cavalier a vu par la méthode au chlorure d'or se colorer des cordons cellulaires qui venaient se terminer en placards sur les fibres musculaires : ces cordons seraient formés de cellules très allongées. La méthode de Golgi n'a pas permis à l'auteur de déceler l'existence d'un cylindraxe, mais il pense que ces sortes de cordons cellulaires seraient comme un manchon que parcourrait ensuite le cylindraxe pour venir former les terminaisons nerveuses.

JEAN ABADIE.

**1348) Contribution à l'étude du Réseau Endocellulaire dans les éléments nerveux des Ganglions Spinaux** (par le procédé de Kopsch), par SOUKHANOFF. *Le Névrax*, Louvain, 1904, vol. VI, fasc. 1 (fig.).

Des réseaux endocellulaires ont été mis en évidence par divers procédés. S'agit-il toujours des éléments anatomiques semblables ? C'est douteux. Soukhanoff a traité les ganglions spéciaux par la méthode de Kopsch (acide osmique, 2 pour 100 pendant quelques jours) : il a mis en évidence « un réseau endocellulaire ayant grande ressemblance avec l'appareil réticulaire de Golgi ». Ce réseau n'est pas très riche. L'un des caractères particuliers à ce réseau consiste dans sa disposition dans le corps cellulaire : la partie périphérique de l'élément nerveux reste libre de cet appareil endocellulaire, de sorte que ce dernier apparaît entouré de substance protoplasmique où les prolongements du réseau n'entrent pas. Le réseau ne pénètre pas non plus dans le noyau. C'est une formation périnucléaire endocellulaire.

Soukhanoff insiste sur la ressemblance de ce réseau avec l'appareil réticulaire décrit par Golgi dans différents éléments nerveux. Le procédé de Kopsch, confirmant les résultats obtenus par le procédé de Golgi, plaide contre l'idée de ceux qui voudraient voir dans l'appareil réticulaire de Golgi un produit artificiel.

PAUL MASOIN.

**4349) A propos d'une nouvelle méthode de Coloration des Neurofibres. Structure et rapports des cellules nerveuses**, par H. JORIS. *Bull. de l'Acad. royale de médecine de Belgique*, avril 1904 (planches).

Cette méthode consiste essentiellement dans l'emploi de l'or colloïdal après fixation dans un des mélanges connus et séjour dans une solution aqueuse de molybdate d'ammoniaque à 5 pour 100. Les détails de cette méthode ont leur importance ; l'auteur y insiste à dessein.

Se servant de cette méthode, l'auteur pose les conclusions suivantes :

Chez l'homme :

*1<sup>e</sup> Dans les cellules nerveuses :*

- a) Les neurofibres forment un réseau intracellulaire;
- b) Ou bien, elles traversent les cellules de part en part sans s'anastomoser entre elles;
- c) Dans certains neurones, une partie plus ou moins importante des neurofibres forme un réseau central. Les autres, réunies en faisceaux, traversent la cellule sans s'y subdiviser.

*2<sup>e</sup> Dans les prolongements cellulaires* : toutes les neurofibres ne convergent pas vers la cellule. Elles peuvent l'éviter :

- a) En traversant un tronc protoplasmique important;
  - b) En parcourant partiellement les ramifications lointaines.
- 3<sup>e</sup> Hors des cellules* : arrivées à l'extrême limite des prolongements du neurone, les neurofibres ne se terminent pas. Elles sortent de la cellule :
- a) Pour former, dans la substance grise, des réseaux extracellulaires;
  - b) Plus rarement pour passer dans un autre neurone, après un trajet plus ou moins long.

Dans les deux cas, les neurofibres relient les neurones par continuité.

D'intéressantes planches illustrent le texte. Il serait désirable que les faits avancés par le docteur Joris trouvent confirmation ; mais la méthode est, paraît-il, d'une exécution difficile et ingrate. Dans ces conditions, des discussions sur des faits de pure observation sont peu aisées ; leur interprétation doit être des plus réservées.

PAUL MASOIN.

**4350) Action du Calcium-ion sur l'Écorce Cérébrale**, par L. RONCORONI. *Rivista sperimentale di Frenatria*, vol. XXX, fasc. 1, p. 120-132, mai 1904.

Les sels de calcium, chlorure, bromure, iodure, acétate, lactate, nitrate, diminuent l'excitabilité de l'écorce. Aucun des anions expérimentés ne s'oppose à l'abaissement de l'excitabilité corticale provoqué par le calcium-ion.

F. DELENI.

**4351) Modifications de la Radiation des Centres nerveux sous l'action des Anesthésiques**, par JEAN BECQUEREL et ANDRÉ BROCA. *Académie des Sciences*, 24 mai 1904.

Ayant soumis des animaux à l'action des anesthésiques, les deux auteurs ont observé des phénomènes variables suivant la période de la narcose. Durant la

période d'excitation du début de l'anesthésie, le cerveau émet des rayons N en quantité énorme. Quand l'anesthésie est obtenue, le cerveau émet beaucoup moins de rayons N, alors que la moelle continue à en émettre avec une certaine abondance.

De leurs recherches, MM. Becquerel et Broca tirent cette double conclusion que, quand dans l'anesthésie on ne peut plus distinguer sur la moelle ses centres d'activité, la vie est en danger, et que la cessation de tout rayonnement des centres nerveux prolongée pendant quelques minutes est un signe certain de la mort.

FEINDEL.

**1332) L'Hérité collatérale. Sa valeur et son importance en pathologie,** par H. DAMAYE. *Revue Scientifique*, 11 et 18 juin 1904.

Revue très documentée démontrant qu'au point de vue pathologique, en pathologie nerveuse et mentale notamment, un individu peut être plus parent de son frère que de ses ascendants. Par conséquent, il y aurait tout intérêt à noter l'hérité collatérale des malades, d'autant plus que souvent il est plus facile d'avoir des renseignements précis sur les collatéraux que sur les ascendants.

THOMA.

**1333) Action motrice du Pneumogastrique sur la Vésicule Biliaire,** par D. COURTADE et J.-F. GUYON. *Académie des Sciences*, 30 mai 1904.

L'excitation du pneumogastrique provoque la contraction de la vésicule biliaire, contrairement à ce qu'on admettait jusqu'ici. Cette contraction, au lieu d'être progressive et continue comme celle que produit l'excitation du sympathique, survient d'une façon brusque et se traduit par une courbe bien marquée dont l'ascension et la descente sont également rapides. Donc le pneumogastrique est non seulement un nerf moteur du tube digestif, mais encore de la vésicule biliaire.

E. F.

**1334) Rapports entre l'intensité des Réflexes et l'organisation Nerveuse,** par ED. TOULOUSE et CL. VURPAS. *Académie des Sciences*, 13 juin 1904.

Deux lois: 1<sup>e</sup> Loi de l'intensité. L'intensité des réflexes est en rapport inverse avec la complexité fonctionnelle du système nerveux. — 2<sup>e</sup> Loi de régression. Lorsque le système nerveux de l'adulte est gravement altéré dans son fonctionnement et que les lésions touchent l'encéphale, les réflexes tendent à prendre les caractères et les modalités physiologiques de ceux du nouveau-né.

E. F.

**1335) La Force de la Situation fixe,** par J. GRASSET. *Revue Scientifique*, 9 juillet 1904, p. 33.

Analyse des phénomènes de l'activité de stabilisation du muscle et de l'appareil nerveux du tonus, de la force de situation fixe, à l'état normal et dans ses maladies.

Il y a là toute une fonction (neuromusculaire), fonction de stabilisation (activité musculaire sans changement dans la longueur du muscle), dont l'étude, à l'état normal et pathologique, est de première importance pour le physiologiste et pour le clinicien.

THOMA.

**1336) Recherches sur le Sens Olfactif de l'Escargot,** par E. YUNG. *Archives de Psychologie*, Genève, t. III, p. 1-80, novembre 1903.

Recherches histologiques et expérimentales démontrant qu'il n'y a ni locali-

sation, ni spécialisation des cellules nerveuses réceptrices du tégument. Celles-ci sont sensibles à la fois et de la même façon aux excitations mécaniques, physiques et chimiques; le tentacule réagit plus vivement parce qu'il contient plus de cellules nerveuses qu'un point de la peau ou du pied, mais il n'est pas davantage olfactif que tactile; il est, comme tout point du corps, sensible à toutes les irritations. Ce serait consacrer une erreur que continuer à parler de *nerf olfactif*; l'expression de *nerf tentaculaire* suffit.

FEINDEL.

**1357) Étude de quelques Réflexes après la Ponction Lombaire**, par CH. MONGOUR (de Bordeaux). *Réunion Biologique de Bordeaux*, 4<sup>e</sup> décembre 1903, in *C. R. de la Société de Biologie de Paris*, 1903, p. 1361.

Recherches sur les modifications de l'excitabilité réflexe après la ponction lombaire et l'évacuation de 10 à 15 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien. Chez 21 malades atteints d'affections du système nerveux, il a été constaté le plus souvent une exagération de cette activité réflexe : les modifications observées étaient légères et Mongour pense que la simple observation clinique est insuffisante à préciser ces modifications.

JEAN ABADIE.

**1358) Le mécanisme des Mouvements Respiratoires de la Glotte chez le lapin**, par F. DE BEULE. *Le Nécrase*, Louvain, 1904, vol. VI, fasc. 4, p. 4-49.

Les études de cet auteur, en tant que portant sur le chien, ont été analysées dans la *Revue Neurologique*, 1904, n° 8. Le même fascicule donne un aperçu de ses recherches sur l'innervation motrice du larynx chez le lapin. (Voir aussi travail de Van Biervliet, *R. N.* 1903.)

Le présent travail est plus physiologique qu'anatomique ; il est en quelque sorte la confirmation des recherches anatomiques élaborées par l'auteur (rôle des divers nerfs et muscles dans la respiration et éventuellement dans la phonation). — « Le fonctionnement physiologique des organes se fait toujours d'après leur constitution anatomique ; » tant il est vrai de dire que la physiologie procède de l'anatomie.

PAUL MASOIN.

**1359) Théorie de la Tonicité musculaire basée sur la double Innervation des Muscles striés**, par A. Mosso. *Archives italiennes de Biologie*, t. LLI, fasc. 2, p. 182-191, mai 1904.

Outre la fibre à myeline, il pénètre une fibre sans myéline dans l'appareil terminal des muscles; on conçoit que l'excitation du sympathique puisse produire dans les muscles striés une contraction lente de tonicité comparable à celle qui détermine le même sympathique dans les muscles lisses. Le tonus musculaire serait une fonction autochtone de cellules nerveuses du sympathique.

F. DELENI.

**1360) Le Réflexe Sexuel et l'excitation des lèvres**, par GUALINO. *Archivio di Psichiatria, Neuropat., Antrop. cr. e Med. leg.*, an XXV, fasc. 3, p. 341-345, 1904.

Préoccupé de la signification du baiser et de son origine, l'auteur a chatouillé d'un pinceau de laine les lèvres d'hommes et de femmes. Il a pu se convaincre que les lèvres sont une région érogène.

F. DELENI.

**1361) Contribution à la Sensibilité des Vibrations au Diapason**, par ROSENDA. *Archivio di Psichiatria, Neurop., Antrop. cr. e Med. leg.*, an XXV, fasc. 3, p. 287-292, 1904.

Hémiplégie avec hémianesthésie et perte de la sensibilité au diapason après

un ictus. La sensibilité tactile était revenue au bout de quelques semaines, alors que la thermo-analgésie persistait en partie et que la sensibilité aux vibrations restait abolie. L'auteur croit que la sensibilité aux vibrations suit des voies distinctes de celles de la sensibilité tactile, mais peut-être les mêmes que celles de la sensibilité thermique et de la sensibilité dolorifique.

F. DELENI.

**1362) Effets de la réunion de la partie centrale du Sympathique cervical à la partie périphérique de la Corde du Tympan** (On the effects of union of the central part of the cervical sympathetic with the peripheral part of the chorda tympani), par J.-N. Langley et H.-K. Andersson. *Archivio di Fisiologia*, vol. I, fasc. 4, p. 303-311, mai 1904.

Le sympathique cervical peut être réuni à la corde du tympan, et sa stimulation produit alors la dilatation des vaisseaux de la glande sous-maxillaire et une sécrétion abondante de salive. Ce résultat démontre que toute fibre pré-ganglionnaire du corps, qu'elle soit sympathique, crânienne ou sacrée, peut entrer en connexion fonctionnelle avec un groupe cellulaire périphérique du type sympathique situé sur le trajet d'un nerf crânien, sympathique ou sacré.

F. DELENI.

**1363) Études et recherches expérimentales sur la Mémoire des Images Acoustiques et Visuelles des Mots**, par LEONARDO GRASSI. *Rivista sperimentale di Freniatria*, vol. XXX, fasc. 1, p. 143-168, mai 1904.

Expériences sur dix étudiants. L'auteur étudie comment des listes de mots prononcés ou lus sur un cylindre tournant sont reproduites, et il considère les erreurs de la mémoire des images acoustiques et visuelles.

F. DELENI.

**1364) De la Fatigue Mentale chez les Enfants, résultats obtenus d'après le Travail ininterrompu d'une heure chez les garçons des Écoles publiques**, par GIUSEPPE BELLEI. *Rivista sperimentale di Freniatria*, vol. XXX, fasc. 1, p. 17-34, mai 1904.

La qualité du travail (divisions) va décroissant du commencement à la fin de l'heure. Le travail de l'après-midi est inférieur en qualité à celui du matin. L'heure de travail en juin fournit plus de travail, mais du travail de qualité beaucoup moins bonne que l'heure de janvier.

F. DELENI.

**1365) A propos de la Surdité tonale**, par DUPRAT. *Revue de Psychiatrie*, an VIII, n° 6, p. 236-239, juin 1904.

Il existe une surdité tonale, que M. Dauriac (*Esprit musical*, Paris, 1904) a définie et qui consiste essentiellement dans ce fait qu'un sujet, dont l'oreille est d'ailleurs excellente à tous les points de vue, est incapable de distinguer les hauteurs sonores.

Les aliénés sont en nombre considérable atteints de cette infirmité; il ne s'agit pas seulement d'idiots et de débiles, mais d'aliénés de toutes les catégories. Des normaux aussi en sont atteints. — Quelques expériences.

THOMA.

**1366) Le rôle du système Nerveux dans la fonction du Cœur**, par JEAN DOGIEL et K. ARKHANGUELSKY. *Académie des Sciences*, 1<sup>er</sup> août 1904.

La fonction du cœur dépend de plusieurs conditions variables qui agissent soit

séparément, soit en se combinant les unes avec les autres. La fonction du cœur dépend : 1<sup>e</sup> du nerf pneumogastrique; 2<sup>e</sup> des nerfs du système sympathique; 3<sup>e</sup> peut-être aussi du centre vaso-moteur du cerveau et de l'action de la moelle; 4<sup>e</sup> de la quantité de sang et de la composition de ce sang.

E. F.

**1367) Recherches expérimentales sur l'éducabilité et la fidélité du Témoignage**, par Mlle MARIE BORST. Extrait des *Archives de Psychologie*, t. III, n° 11, mai 1904, p. 233-314.

Étude expérimentale d'une grande importance basée sur les récits et les interrogatoires de sujets ayant eu dans les mains des images représentant des scènes variées.

L'analyse des réponses et des récits a fait relever des faits d'une certaine constance et d'une concordance réelle avec ceux relevés déjà par d'autres expérimentateurs, ce qui permet de formuler des conclusions générales :

*Un témoignage entièrement fidèle est l'exception; tout témoin supplié par l'imagination aux lacunes de sa mémoire. Cette suppléance est en général conforme à ce que la logique exigerait. Souvent on remarque une tendance à la dramatisation de la scène qui constituait le test.*

*Le témoignage s'améliore avec l'exercice.*

*En moyenne, le dixième des réponses d'une déposition spontanée sont fausses.*

*Le récit est plus fidèle que l'interrogatoire.*

*Le témoignage est plus complet et plus fidèle chez les femmes que chez les hommes.*

*Il n'y a pas de relation immédiate entre l'étendue et la qualité du témoignage; souvent cette relation est inverse.*

*Au point de vue subjectif, les réponses d'un témoin offrent trois degrés de certitude:* 1<sup>e</sup> réponses émises avec hésitation; 2<sup>e</sup> réponses émises avec assurance; 3<sup>e</sup> réponses affirmées sous serment. — *Il y a un certain parallélisme entre la valeur objective d'une déposition et son degré de certitude subjective. Cependant, le douzième environ des réponses jurées sont fausses.*

THOMA.

**1368) Un cas d'Audition Colorée hallucinatoire suivi d'observations sur la stabilité et l'hérédité des Photismes**, par AUG. LEMAÎTRE. *Archives de Psychologie*, Genève, t. III, p. 165-177, février 1904.

I. *Audition colorée hallucinatoire acquise.* — Écolier de 14 ans; son observation est unique à cause de deux faits exceptionnels : 1<sup>e</sup> l'apparition subite de l'audition colorée alors que le sujet avait 7 ans, et 2<sup>e</sup> l'absence de fixité dans les couleurs, dans la synopsie. L'enfant, qui n'avait jamais présenté le phénomène de l'audition colorée, étant allé à la campagne, s'endormit au soleil dans un champ. Deux heures après il fut brusquement éveillé par un pâtre; l'enfant fut stupéfait de voir surgir sur la poitrine du pâtre des couleurs vives à chaque mot que celui-ci disait.

Toute parole, tout son prononcé par la voix humaine évoque une tache colorée grande comme la paume de la main, qui voile momentanément les objets, est entourée d'un gaufrage brillant, et porte quelquefois des figures géométriques en relief. Le point très particulier, c'est que les sons, ou les mots, ou les dominantes des phrases, ne sont pas visualisés toujours de la même couleur; les nuances varient à l'infini, non seulement selon les personnes qui parlent, mais aussi suivant les moments. Le même mot, prononcé par plusieurs personnes, se montre de différentes couleurs, mais les teintes les plus claires se rapportent aux voix les plus graves, chose qui étonne l'enfant. Le même mot, prononcé par la même

personne, est un jour bleu, l'autre jour jaune. L'enfant a l'ouïe très fine; il colore les mots qu'on dit derrière lui en lui tenant les oreilles bouchées; il dit naïvement que, lorsqu'il voit des couleurs courir sur son lit, il est certain que quelqu'un a causé dans la rue.

Sa propre voix n'évoque pas de couleur; un bruit, le miaulement d'un chat, l'aboïement d'un chien, le débit d'un phonographe, tout ce qui n'est pas la voix humaine n'est pas coloré.

**II. Stabilité des photismes.** — Observation qui s'oppose à la précédente. Le sujet est observé depuis quatre ans et chaque année on a noté à plusieurs reprises les couleurs qu'il voyait. Malgré une tonalité générale terne qui aurait dû, semble-t-il, prêter à des changements de nuances, les photismes n'ont guère varié; les voyelles sont restées les mêmes avec *a* bleu vert, *e* noir, *i* blanche, *o* blanc, *u* gris; les diphongues n'ont pas changé; des consonnes, *j*, *k*, *r*, *t*, *v*, *w* ont le plus varié; à peine le quart des mots d'une liste préétablie a subi des modifications importantes.

**III. Hérédité des photismes.** — Enfant de 12 ans et sa mère. Ils ont tous deux *a* rouge, *e* blanc, *i* noir, *o* jaune, *u* bleu. A cela s'arrête l'identité, car pour les diphongues l'enfant a la couleur de l'initiale (*au* rouge), et la mère un mélange optique (*au* rouge et bleu); de plus, la mère a pour les consonnes des synopsies que le fils ne possède pas.

FEINDEL.

**1369) Les Centres Respiratoires de la Moelle épinière et les Respirations qui précédent la Mort**, par A. Mosso. *Archives italiennes de Biologie*, t. XLI, fasc. 2, p. 169-482, mai 1904.

L'expérience est difficile à réussir: l'auteur chloroformise un chat de trois mois, pratique la trachéotomie et sectionne la moelle allongée immédiatement au-dessus du premier nerf cervical; l'animal est maintenu dans une ambiance de 37° et on fait la respiration artificielle jusqu'à ce que les effets du shock soient dissipés (une heure). Alors on cesse la respiration artificielle, et immédiatement (l'asphyxie n'est pas nécessaire) l'animal respire à peu près normalement pendant assez longtemps.

De ces observations résulte un fait important, à savoir que les cellules nerveuses de la moelle épinière, lesquelles gouvernent les mouvements de la respiration, sont, par leur fonction physiologique, identiques à celles de la moelle allongée. Les centres respiratoires médullaires aident, et dans des cas spéciaux peuvent suppléer la moelle allongée.

Pour expliquer la nature des centres respiratoires spinaux, l'auteur rappelle la division du corps en métamères; dans son étude expérimentale de la respiration, un signe de la segmentation physiologique a réapparu. Les neurones des centres spinaux conservent leur fonction respiratoire et tiennent sous leur domination les muscles de la respiration, alors même que cesse leur communication avec la moelle allongée.

La moelle épinière peut être considérée comme formée de segments; ce sont les cellules motrices situées dans la moelle allongée qui ont la prévalence et qui, peut-être par le moyen d'une spécification plus grande, parviennent le mieux à donner une impulsion aux neurones sous-jacents; mais, dans des circonstances déterminées, ceux-ci peuvent aussi fonctionner par eux-mêmes. Si leur action n'est pas complète et efficace, elle est harmonique; c'est pourquoi nous devons admettre l'existence (si discutée) des centres respiratoires de la moelle épinière.

F. DELEIX,



- 1370) Sur l'Excitabilité normale, sur la Fatigue et sur la Réparation des Centres Réflexes Médullaires,** par GIULIO ANDREA PARI. *Attī del Reale Istituto Veneto di Scienze Lettere ed Arti*, anno accademico 1903-04, t. LXIII, p. 623-677. Mémoire lu à la séance du 31 janvier 1904.

Les expériences ont consisté dans l'excitation du bout central d'un sciatique de grenouille, le gastrocnémien du côté opposé inscrivant la réaction. Dans l'excitabilité normale du centre réflexe médullaire, il convient d'insister sur le fait des oscillations automatiques de l'excitabilité qui s'inscrivent sur le tracé en élévations plus hautes et moins fortes alternantes; pareilles oscillations se notent dans l'activité normale de tous les centres nerveux.

Les centres réflexes médullaires se fatiguent aussi bien que les centres nerveux de fonction plus élevée. On ne peut continuer à soutenir (Mlle Joteyko) que la moelle ne se fatigue pas. Cette fatigue peut être démontrée en quelques secondes en excitant le bout central du sciatique par des stimulations tétanisantes; bientôt le gastrocnémien du côté opposé ne réagit plus, preuve que le centre médullaire est fatigué: si on porte alors l'excitation directement sur ce gastrocnémien du côté opposé, le muscle réagit de toute sa puissance de contraction, preuve que la fatigue ne l'a pas atteint. D'ailleurs la courbe de la fatigue musculaire (ligne continue) est différente du tracé de la fatigue médullaire (ligne ondulée); les ondulations de celle-ci sont dues aux oscillations automatiques de l'excitabilité, plus marquées dans la fatigue qu'à l'état normal.

En somme, les centres réflexes médullaires ne se comportent pas autrement que les autres centres nerveux, soit à l'état normal, soit dans la fatigue et dans sa réparation. Seulement le centre nerveux réflexe d'une grenouille se repose naturellement beaucoup plus vite (habituellement la restauration se fait en quelques secondes) que ne le fait un centre cortical de l'homme. Il n'y a physiologiquement pas de différence essentielle entre un centre nerveux inférieur d'un animal inférieur, et un centre nerveux supérieur de l'animal supérieur.

F. DELENI.

#### ANATOMIE PATHOLOGIQUE

- 1371) Anomalie congénitale du Rire,** par DEBÉDAT et ROCHER (de Bordeaux). *Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux*, 5 février 1904, in *Gazette hebd. des Sc. Méd. de Bordeaux*, 6 mars 1904, n° 10, p. 115.

Fillette de 14 ans, indemne de toute tare nerveuse, dont la face est normale au repos ou dans l'acte de sourire légèrement, mais qui prend l'aspect grimaçant du masque japonais dans le rire franc: la moitié supérieure de la face rit, la moitié inférieure grimace. Les auteurs pensent à l'existence d'anomalies musculaires des paupiers dont la contraction est très apparente et des muscles de la partie inférieure de la face.

JEAN ABADIE.

- 1372) Sarcomatose Angiolithique de la Dure-mère chez une Aliénée,** par ANGLADE (de Bordeaux). *Soc. d'Anat. et de Phys. de Bordeaux*, 30 novembre 1903, in *Journal de Médecine de Bordeaux*, 7 février 1904, n° 5, p. 403.

Une femme de 30 ans présente des troubles mentaux d'ordre vésanique qui motivent l'internement: alternatives d'excitation et de dépression. Quatre mois après, apparaissent des attaques convulsives épileptiformes: à aucun moment

la malade n'offre de vomissements ou n'accuse des céphalées. Survient une tuberculose pulmonaire; les accès convulsifs cessent, mais l'excitation persiste jusqu'à la mort, qui est celle des tuberculeux ordinaires. A l'autopsie, outre les lésions viscérales habituelles des tuberculeux, on trouve la dure-mère envahie par des tumeurs multiples et de volume variable. Cette néoplasie cérébrale est primitive, car les autres organes sont indemnes de formations analogues. Ces tumeurs sont reconnues au microscope pour être du sarcome angiolithique. Elles se sont développées en provoquant uniquement des attaques épileptiformes et un état mental particulier nettement vésanique.

JEAN ABADIE.

**4373) Hypertrophie et lésions (tumeurs) du Ganglion Sympathique cervical supérieur, par DE BUCK. Bull. de la Société de Médec. mentale de Belgique, février 1904 (fig.).**

Chez un sujet présentant un ensemble de symptômes mentaux diffus, pouvant faire supposer une paralysie générale à forme aiguë, — mais dont le cerveau ne montra à l'autopsie aucune des lésions propres à cette maladie, — on rencontra le ganglion cervical supérieur droit hypertrophié ayant le triple de son volume normal (amande). Le ganglion gauche a le volume d'un œuf de pigeon.

Enveloppe fibreuse ; texture interne dure, fibreuse. L'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'un fibro-sarcome du ganglion sympathique cervical gauche.

[Les relations entre la symptomatologie observée et cette lésion du sympathique nous paraissent bien vagues. Le seul symptôme qu'on pourrait être autorisé à lui rapporter, c'est l'inégalité pupillaire, encore que quelques détails et recherches complémentaires à cet égard eussent été opportunes.]

PAUL MASOIN.

**4374) Sur l'ampliation des Ventricules Latéraux dans les Maladies Mentales, par L. MARCHAND. Journ. de Neurologie, Bruxelles, 20 mai 1904, n° 40.**

Bayle (1826) avait déjà noté ce fait chez les paralytiques généraux. Il a été, depuis lors, observé dans diverses maladies mentales ; la paralysie générale fournit cependant une proportion bien supérieure aux autres psychoses.

Marchand a étudié systématiquement cette question. Ses études portent sur 125 cerveaux d'aliénés, dont 50 paralytiques généraux. Pour les détails des recherches et précautions, voir mémoire original. En dehors de quelques conclusions spéciales touchant les cerveaux des déments, Marchand formule les conclusions générales suivantes :

En résumé, l'ampliation des ventricules latéraux se rencontre dans les démences ; elle atteint son maximum dans la démence paralytique. Leur capacité est voisine de la normale dans les autres syndromes mentaux.

Associée à une diminution de poids du cerveau, elle est un des meilleurs signes macroscopiques des démences. Dans la paralysie générale, la pression du liquide céphalo-rachidien est plus forte que normalement. Aussi, deux causes surajoutent-elles leurs effets pour déterminer l'augmentation de capacité des ventricules latéraux : l'atrophie cérébrale d'une part, la pression exagérée du liquide céphalo-rachidien d'autre part.

Plusieurs symptômes de la paralysie générale relèvent de cette dernière.

La pression exagérée du liquide céphalo-rachidien dans la paralysie générale est due à la suractivité des plexus choroides enflammés. Dans les autres formes de démence, la pression du liquide est normale et l'ampliation des ventricules latéraux n'est que la conséquence de l'atrophie cérébrale. PAUL MASOIN.

**4375) Un cas de Rhumatisme Cérébral avec Examen Anatomo-pathologique**, par JOSUÉ et SALOMON. *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 22 octobre 1903, p. 1058-1059.

L'insuffisance de la technique a jusqu'ici empêché de se rendre compte des lésions des cellules nerveuses ou des méninges dans le rhumatisme. La pathogénie de celles-ci n'est pas bien élucidée. Faut-il incriminer une localisation du microbe et de la toxine sur le névraxie, ou faut-il accuser les lésions profondes du foie ou du rein, devenant elles-mêmes le point de départ d'une auto-intoxication? Voici l'observation de la malade : femme âgée de 38 ans; quatre jours avant l'entrée, angine, puis douleurs dans diverses articulations. Délire, réponses incohérentes, agitation.

A l'examen nécropsique, on est frappé du contraste qui existe entre les lésions macroscopiques, congestion des méninges, et l'intensité des altérations des cellules cérébrales. Partout la substance chromatophile a disparu ; le protoplasma est homogène, le noyau mal limité se colore mal ; il y a de nombreuses figures de neuronophagie. Les lésions ne sont pas partout identiques dans le lobe frontal et dans les zones motrices ; dans le lobe frontal, la lésion est plus intense, plus massive. Les lésions cellulaires sont peu marquées. Les reins sont normaux. Le foie est graisseux. Le point capital de cette observation est l'intensité des lésions nerveuses : les lésions du foie ont-elles joué un rôle dans la genèse, dans les accidents cérébraux, en déterminant une auto-intoxication ? le fait est bien vraisemblable.

*Discussion.* — ACHARD observe en ce moment une malade atteinte de rhumatisme cérébral avec délire, durant depuis plusieurs mois ; l'apparition d'énormes escarres trophiques ne peut être attribuée qu'à une lésion des centres nerveux.

PIERRE MERKLEN demande si le rhumatisme curable, qui cède au traitement par les bains froids, est susceptible de donner lieu à des lésions encéphaliques aussi profondes. Ces alterations peuvent-elles se manifester en cas de traitement trop tardif ou en cas de pseudo-rhumatismes ?

JOSUÉ répond que dans son observation il ne saurait être question de pseudo-rhumatismes. Il ne croit pas que la question de pronostic suffise pour établir une classification entre les formes de rhumatisme cérébral. Chez sa malade, le traitement salicylé avait été énergique et précoce.

P. SAINTON.

## NEUROPATHOLOGIE

**4376) Hémiplégie concomitante du Voile du Palais et du Larynx chez une jeune fille porteur d'un Néoplasme probable de la Base du Crâne**, par BRINDEL (de Bordeaux). *Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux*, 22 janvier 1904, in *Gaz. heb. des Sc. Méd. de Bordeaux*, 21 février 1904, n° 8, p. 90.

Une jeune fille de 18 ans présente des céphalées intenses ayant débuté un an avant l'examen, de l'amaigrissement rapide, un peu d'hébétude, le tachy-

cardie, une démarche ébrieuse, de l'exagération des réflexes tendineux du poignet et de la rotule des deux côtés. Elle n'offre ni troubles de la sensibilité, ni troubles de la motilité de la face et des membres. Elle n'a pas de vomissements. Sa papille est normale; son organe auditif est sain. Mais, à l'examen, on découvre une parésie de tout le voile du palais, avec immobilité absolue à droite; de plus, on trouve encore une immobilité complète de la corde vocale droite en position médiane. Ces troubles paralytiques du larynx et du voile du palais s'accompagnent d'ailleurs d'enrouement léger, de voix nasonnée, de reflux des aliments par les fosses nasales et d'engouement facile. L'auteur pense à une tumeur maligne, gliome ou tuberculome, née sur la face inférieure du cervelet comprimant le vaguo-spinal. Il tire de cette observation une nouvelle preuve de l'innervation du voile du palais en totalité par le vaguo-spinal, association des X<sup>e</sup> et XI<sup>e</sup> paires, et non plus par le facial comme l'enseignent encore des livres classiques.

JEAN ABADIE.

**1377) Hémiplégie Chronique Progressive, avec remarques sur deux cas de Paralysie Agitante unilatérale sans tremblement** (Chronic progressive hemiplegia with remarks, etc.), par HUGH T. PATRICK (de Chicago). *The Journal of nervous and mental Disease*, vol. XXX, n° 8, août 1903, p. 469.

Fille de 18 ans (septembre 1903), sans antécédents, intelligente. Les troubles commencèrent entre 14 et 15 ans par de la fatigue en écrivant et une certaine maladresse du pied droit: néanmoins, à 15 ans, elle se plaça comme domestique, mais elle était déjà incapable de boutonner un vêtement. Il lui devint impossible de rester dans sa place à 17 ans et demi. Depuis quelques mois, elle présente le matin un gonflement du cou qui disparaît au bout d'une ou deux heures. — Quelques céphalalgies et des bouffées de chaleur. — Pas de tremblement, de douleurs, de convulsions, de vomissements, de tintements d'oreilles, de troubles de la vue, etc. — Bon état général.

Hémiplégie droite incomplète: la sensibilité superficielle et profonde est intacte dans tous ses modes. Les muscles du côté droit de la face sont très légèrement atteints: le masséter, le temporal, les plérygoidiens sont nettement parésiés du côté droit. Le bras droit peut exécuter des mouvements, mais faiblement: les doigts peuvent tenir un dynamomètre, mais ne peuvent le saisir. En marchant, le bras pend sur le côté et la main est ballottée par la marche. Pendant la marche, le pied droit est en varus équin: la démarche n'est ni ataxique ni spastique; il n'y a pas de steppage; le pied droit est levé plus haut que le gauche. Il n'y a pas d'atrobie, quoique les muscles soient un peu moins volumineux à droite qu'à gauche. Il n'y a pas de réaction de dégénérescence. Les réflexes sont exagérés et le signe de Babinski est présent à droite.

Il est difficile de faire un diagnostic causal: cependant il semble qu'il s'agisse de ce que Charles K. Mills a décrit comme une dégénérescence lentement progressive des faisceaux pyramidaux ou du neurone cérébral moteur.

Patrick étudie à propos de son observation deux autres cas qui ont été rapportés comme hémiplégie progressive par Mills et Spiller. Il conclut que le sien mérite seul cette étiquette; celui de Mills, en particulier, concerneait un cas de paralysie agitante unilatérale sans tremblement.

L. TOLLEMER.

**1378) Un cas probable de Syphilis Héréditaire des Centres Nerveux, forme Méningée Bulbo-spinale**, par le Prof. RAYMOND. *Bulletin médical*, 9 juillet 1904, p. 629.

Malade de 20 ans; le syndrome réalisé se résume essentiellement dans l'hy-

drocéphalie, les manifestations du côté de la vue, la paraplégie incomplète des membres supérieurs portant principalement sur les mains; paraplégie accompagnée d'atrophie musculaire, de troubles de la sensibilité, des réflexes, des réactions électriques; de la difficulté de la marche; le tout ayant évolué en diverses étapes, chez un malade dont l'intelligence et la parole sont normales.

Le professeur analyse minutieusement cette symptomatologie complexe, et il l'interprète. Il conclut à des localisations méningées à siège multiple, face inférieure du cerveau, moelle cervicale, partie gauche de la région dorso-lombaire; elles sont probablement de nature hérédio-syphilitique. (Postérieurement à cette leçon, il s'est produit chez le malade une amélioration progressive sous l'influence du traitement spécifique.)

THOMA.

**1379) La Maladie de Friedreich et les affections congénitales du cœur,** par CHARLES AUBERTIN. *Arch. gén. de Méd.*, 1904, p. 1992 (4 observations dont une personnelle).

Dans trois cas il paraît s'être agi de rétrécissement pulmonaire, et dans un cas de rétrécissement mitral pur. L'auteur voit dans la coexistence de l'anomalie congénitale du cœur avec la maladie de Friedreich un fait à l'appui de la théorie congénitale de l'ataxie héréditaire de Friedreich. Observation détaillée : incoordination aussi marquée aux membres supérieurs qu'aux membres inférieurs; les réflexes rotuleens, achilleens, radiaux et olécranien sont abolis; pied bot caractéristique.

P. LONDE.

**1380) Un cas de Syringomyélie cervicale unilatérale,** par DEROUBAIX. *Journ. de Neurologie*, 1904, n° 10, p. 193; *Belgique médicale*, 1904, n° 26.

Les particularités de ce cas sont l'unilatéralité des troubles de la sensibilité et la distribution radiculaire de ces troubles. La face antérieure du bras, la région antéro-interne de l'avant-bras et de la main présentent une sensibilité tactile normale, sensibilité thermique amoindrie, sensibilité douloureuse fortement diminuée; à la région postéro-externe de l'avant-bras et de la main, à la face postérieure du bras, à la région omoplato-deltoidienne, sensibilité tactile légèrement diminuée, sens thermique presque disparu, sensibilité douloureuse complètement abolie.

L'amyotrophie a débuté par la ceinture scapulaire et s'est étendue ultérieurement vers l'extrémité du membre.

Discussion : Sano, Crocq. (Même journal.)

PAUL MASOIN.

**1381) Syndrome Solaire par Néoplasie médullaire et état de la Moelle lombo-sacrée cinquante-quatre ans après l'amputation de la jambe,** par DE BUCK. *Journal de Neurologie*, 5 avril 1904, n° 7.

Chez un sujet de 63 ans, se déclarent des troubles gastro-intestinaux de caractères spéciaux qui furent diagnostiqués syndrome solaire (?).

A l'autopsie, on trouva dans la moelle dorso-lombaire, à droite (depuis le 10<sup>e</sup> segment D jusqu'au 2<sup>e</sup> L), un gliome fusiforme ayant vers son équateur 2,5 à 3 millimètres de diamètre et localisé exactement dans la région latérale et postérieure de la substance grise médullaire, respectant les cornes antérieures, la colonne de Clarke et la zone d'entrée des racines postérieures en entamant jusque vers le milieu les cordons antéro-latéraux.

Examen histologique : gliome.

D'autre part, la moelle lombo-sacrée a été étudiée à la méthode de Nissl. Les

noyaux de la jambe et du pied amputés depuis cinquante-quatre ans montraient un état d'intégrité relative, en ce sens que peu ou pas de cellules avaient disparu ; elles ne se distinguaient de celles du côté opposé que par un certain état de turgescence avec dissolution partielle de la chromatine et ectopie du noyau. En somme, guère d'altérations, surtout si l'on songe au temps considérable qui s'était écoulé depuis l'amputation.

Avec raison, l'auteur pense que la violence du traumatisme (arrachement — ou section nette) établit une différence dans les résultats d'autopsies. Les expériences de Van Gehuchten et de Beule sur l'hypoglosse confirment cette opinion.

A noter encore l'atrophie des cordons postérieurs et antéro-latéraux de la moelle, par atrophie simple du côté de l'amputation ; pas de sclérose des cordons postérieurs (*contradit* Switalski).

PAUL MASOIN.

**1382) Épithélioma Glanduliforme de la Dure-Mère Cranienne consécutif à un carcinome du sein. Hémiplégie et Convulsions Épileptiformes**, par L. LENOBLE (de Brest). *Bulletins de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 29 octobre 1903, p. 1079-1083.

Il s'agit d'une femme de 50 ans, atteinte depuis trois ans de squirrhe du sein gauche, qui fut prise de paralysie flasque du côté gauche du corps, suivie de convulsions épileptiformes généralisées très fréquentes (jusqu'à 15 dans les 24 heures). Elle succomba quinze jours après le début des accidents. A l'autopsie, on constata l'existence d'un carcinome du sein et d'un carcinome secondaire du foie ; au niveau de la dure-mère existaient des épaissements de volume inégal. Ils étaient formés par des amas de petites cellules réunis en tubes glanduliformes séparés par une coque conjonctive. C'est l'épithéliome glanduliforme des méninges. Il est à remarquer que, bien que l'altération méningée ne rappelle pas absolument la disposition du carcinome mammaire, c'est le carcinome qui est l'origine de la tumeur méningée. Celle-ci semble être la cause essentielle des crises épileptiformes, que l'on ne peut guère mettre sur le compte d'autres altérations constatées à l'autopsie. La malade a succombé en état de mal comme une épileptique ordinaire ; ce fait abnormal s'explique par les connexions indissolubles qui existent entre les diverses régions du cerveau.

PAUL SAINTON.

**1383) Deux cas de Syphilides Zoniformes tertiaires : l'un d'eux chez un tabétique. Lymphocytose du liquide céphalo-rachidien**, par SICARD et BOUCHAUD. *Bulletins de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 22 octobre 1903, p. 1064-1068.

OBSERVATION I. — Il s'agit d'un tabétique chez lequel apparut une éruption correspondant au territoire cutané des dix nerfs dorsaux et par les VII<sup>e</sup>, VIII<sup>e</sup>, IX<sup>e</sup> et X<sup>e</sup> nerfs intercostaux. Lymphocytes nombreux à la ponction lombaire. Les placards cutanés se sont cicatrisés sous l'influence d'un traitement intensif.

OBSERVATION II. — Homme de 32 ans ; présence de syphilides zoniformes au niveau de l'hémithorax gauche. Il y avait lymphocytose abondante du liquide céphalo-rachidien. Il est intéressant de savoir si le fait de l'apparition de tels syphilides peut faire prédir à l'avance la lymphocytose rachidienne.

P. SAINTON.

**1384) Le signe d'Argyll et la Méningite syphilitique**, par MARIO BERTOTTI. *Rivista Critica di Clinica medica*, an V, n° 23-24-25, Florence, 1904.

Dans la grande majorité des cas, la paralysie spinale syphilitique débute par

un processus méningé, ainsi que Brissaud l'a soutenu le premier, il y a une dizaine d'années.

Le signe d'Argyll se rencontre assez fréquemment dans la méningo-myélite syphilitique progressive, et cela vient à l'appui de l'opinion de Babinski pour qui le signe d'Argyll est un symptôme pathognomonique de syphilis acquise ou héréditaire du système nerveux.

Le signe d'Argyll est un épiphénomène de la méningite syphilitique chronique qui accompagne tout processus syphilitique des centres. La nature épiblastique de la membrane qui revêt la cavité sous-arachnoidienne rend compte de la susceptibilité des méninges cérebro-spinales à l'égard du virus syphilitique.

Le signe d'Argyll n'est donc pas un symptôme essentiellement tabétique; aussi bien qu'aux tabes, il peut appartenir à la paralysie générale, à la syphilis cérebrospinale, à l'hémiplégie, à la paralysie pseudo-bulbaire et à la méningomyélite syphilitique.

F. DELENI.

(385) **Lymphocytose du Liquide Céphalo-Rachidien dans trois cas de Névralgie du Trijumeau**, par A. PITRES (de Bordeaux). *Réunion Biologique de Bordeaux*, 2 février 1904, in *C. R. de la Société de Biologie de Paris*, 1904, p. 270, n° 6.

Chez trois malades atteints de névralgie rebelle du trijumeau, Pitres a constaté dans le liquide céphalo-rachidien extrait par la ponction lombaire la présence de lymphocytes. Cette constatation met en relief un fait assez imprévu dans certains cas de névralgie du trijumeau, l'existence d'une réaction méningée.

JEAN ABADIE.

(386) **Méningite Tuberculeuse en plaques au cours d'une phthisie pulmonaire**, par MAURICE MICHEL et RENÉ GAULTIER. *Arch. gén. de Médecine*, 1904, p. 4678.

Femme de 32 ans, toussant depuis deux ans et amaigrie. Elle est prise progressivement d'hémiplégie droite totale, prédominant au bras, avec hémiasthésie plus marquée aux extrémités. Vomissements bilieux. Rémission de trois jours, deux jours après l'entrée. La déglutition et la parole deviennent difficiles; escarre à la fesse droite, relâchement des sphincters. Réflexes exagérés. Céphalalgie intense. Sueurs, tachycardie: flots d'albumine. Mort vingt-cinq jours après l'entrée. — Autopsie : plaques de méningite tuberculeuse le long de la scissure de Rolando, s'étendant depuis le pied de la troisième frontale jusqu'au lobule paracentral. La méningite intéressait la substance grise sous-jacente.

P. LONDE.

(387) **Pachyméningite hémorragique compliquée d'Hémorragies intrapulmonaires chez un Alcoolique porteur d'une Cirrhose latente**, par JEAN HEITZ. *Revue de Médecine*, juillet 1904, p. 380-390.

Cette observation est intéressante par la précision de certains signes qui ont permis de faire le diagnostic malgré le résultat incertain de la ponction lombaire. La contracture généralisée aux quatre membres, la raideur de la nuque, le signe de Kernig très marqué, le coma, la céphalalgie se sont montrés avec une netteté parfaite. Au contraire, il était difficile de se baser sur l'aspect du liquide céphalo-rachidien; au moment de la première ponction, le sang provenait évidemment de la piqûre d'une veine; dix jours après l'ictus, le liquide était clair, limpide, mais, après autre fugation, il donna un tout petit culot formé d'héma-

ties et de polynucléaires. La conclusion, c'est que les résultats de la ponction lombaire ne sont pas comparables, en ce qui concerne les hémorragies dure-mériennes, avec ceux qu'elle fournit dans les hémorragies pie-mériennes.

THOMA.

- 1388) **Sciatic ancienne. Déformation Complex de la colonne vertébrale (Cyphoscoliose avec courbures de Compensation) ayant persisté après guérison de la névralgie. Hystérie concomitante,** par ROUGET. *Bulletins de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 22 octobre 1903, p. 1048-1058.

Soldat de 23 ans, atteint de sciatique gauche, qui présente non seulement une scoliose homologue, mais une déformation beaucoup plus accentuée qui la masque en quelque sorte, une cyphose lombaire très intense. Les déformations complexes de ce genre sont rares; on en trouve un seul exemple dans la thèse de Phulpin. Outre la sciatique, le malade a tous les stigmates de l'hystérie. Quels sont les rapports qui existent entre ces deux affections? Il semble à l'auteur que la névrose concomitante puisse jouer un rôle dans les déformations vertébrales qui surviennent chez les sujets atteints de sciatique; on expliquerait ainsi l'inconstance de ces déformations, les scolioses alternantes, la persistance des attitudes vicieuses après les douleurs.

*Discussion.* — COMBY a vu ce malade auparavant; il se demande si l'hystérie doit être mise en cause et si la suggestion suffira à la guérir.

P. SAINTON.

- 1389) **Hyperesthésie du Tibia à la pression**, par SABRAZÈS (de Bordeaux). *Gaz. hebdo. des Sc. Méd. de Bordeaux*, 24 avril 1904, n° 17, p. 201.

Bon nombre de malades ressentent une douleur vive lorsqu'on appuie fortement le pouce sur la face interne des tibias (tiers inférieur), alors que ces os ne présentent aucune déformation appréciable et que la syphilis n'est pas en cause. Cette constatation a été faite chez les variqueux, à la période de début des œdèmes sus-malléolaires, dans la leucémie, dans la sciatique.

JEAN ABADIE.

- 1390) **Paralysies Urémiques et Lacunes de Désintégration cérébrale**, par CASTAIGNE et FERRAND. *Semaine méd.*, n° 26, 29 juin 1904, p. 201.

Les auteurs apportent des faits anatomiques et expérimentaux montrant que les sujets porteurs de lésions anciennes, même minimes, des zones motrices du cerveau sont, plus que tous les autres, exposés aux accidents paralytiques de l'urémie.

THOMA.

- 1391) **Contribution au diagnostic de l'Éclampsie**, par SIGISMONDO PASCOLETTI. *Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, 12 juin 1904, p. 748.

Deux cas remarquables : le premier par son début précoce et la longue durée de la période convulsive qui ne compromit cependant pas la gestation; le second par sa forme larvée et incertaine qui embarrassa le médecin et compromit l'état de la malade.

F. DELENI.

- 1392) **Les propriétés toxiques de l'Aspergillus fumigatus en rapport avec les saisons de l'année**, par C. CENI. *Rivista sperimentale di Freniatria*, vol. XXX, fasc. 1, p. 86-95, mai 1904.

L'*Aspergillus fumigatus* élabore simultanément deux toxines; l'une, tétanisante

et convulsivante, soluble dans l'alcool, est produite en plus grande abondance en été. La production de l'autre toxine reste invariée au cours des saisons.

F. DELENI.

**1393) Transmission de la Maladie du Sommeil par les Mouches Tsé-tsé, par BLANCHARD. Académie de Médecine, 7 juin 1904.**

Rapport sur un travail de M. Brumpt.

La *Glossina palpalis* n'est pas seule à propager le trypanosome de la maladie du sommeil, mais certaines mouches appartenant à la famille des tabanides peuvent jouer le même rôle.

Il faut donc craindre l'apparition de la maladie même dans les régions où les glossines n'existent pas. C'est ainsi que des trypanosomes pathogènes pour l'homme ont pu être apportés en Algérie; Neveu a pu en rencontrer dans le sang de six malades.

E. F.

**1394) Pathogénie du Zona et Paralysies, par COUSOT. Bull. de l'Acad. royale de médec. de Belgique, mai 1904.**

En dehors des zonas dépendant de névrites périphériques (traumatismes, intoxications), il y a des zonas qui relèvent de lésions des ganglions vertébraux (cancer, tuberculose des ganglions). Reste un troisième groupe qui semble bien devoir être rattaché à une lésion du système nerveux central (infections aiguës, fièvre zostérienne de Landouzy).

Parmi les symptômes accusant l'altération du système nerveux, il faut citer des paralysies ordinairement transitoires. Elles apparaissent dans les formes périphériques du zona comme dans les formes fébriles.

Ces paralysies atteignent souvent, dans le zona ophthalmique, les nerfs de la troisième et de la sixième paire. Dans le zona siégeant dans l'aire de distribution des branches du trijumeau, survient une paralysie faciale plus ou moins complète.

Des observations de l'auteur, il résulte que le nerf facial peut être frappé de paralysie à la suite de zonas dans le domaine du plexus cervical. Dans ces observations, il s'agissait de fièvres zostériennes reproduisant le syndrome décrit par Landouzy.

Enfin, on a décrit des paralysies et des atrophies dans le membre supérieur et inférieur à la suite de zonas des membres.

Les paralysies consécutives s'expliquent dans certains cas par la névrise périphérique; celle-ci se propagerait par des amastomoses entre les nerfs. Pour les membres, cette interprétation n'offre aucune difficulté. Mais dans d'autres cas, par exemple dans les observations rapportées, il faut admettre que les paralysies sont attribuables aux lésions centrales. D'une manière générale, c'est l'explication qui convient lorsque l'éruption dépend d'une infection générale. Ainsi ont pensé Head et Letulle.

En résumé, le zona et les paralysies nerveux survenant dans le cours d'affections générales sont l'expression d'une altération spéciale des centres nerveux.

PAUL MASOIN.

**1395) Zona et Hystérie. Manifestations métamériques, par CHAVIGNY. Arch. gén. de Méd., 1904, p. 1931 (2 obs. pers.).**

OBSERVATION I. — Chez une hystérique, à la suite d'un abcès dentaire, apparut un zona thoracique unilatéral gauche à distribution métamérique, occupant

une bande de 3 centimètres de large, « dont l'axe est dans un plan bien perpendiculaire au plan médian du corps. » Il y avait eu deux ans auparavant une éruption analogue à droite.

OBSERVATION II. — Chez un rhumatisant hystérique, Chavigny a vu à la suite d'une angine banale un zona cervical droit. « L'éruption, en une trainée nettement horizontale, occupe une bande longue de 10 centimètres, large de 2, à égale distance du rebord de la mâchoire inférieure et de la clavicule. » Douleurs jusque dans le bras droit.

P. LONDE.

**1396) Urticaire Zoniforme. Lymphocytose du liquide Céphalo-rachidien,** par CH. DOPTER. *Gazette des Hôpitaux*, 5 juillet 1904, n° 76, p. 733.

Malade qui, quatre jours après une angine pulsatée banale, a présenté une éruption ortiee bien caractérisée, à topographie segmentaire accompagnée de quelques signes méningés frustes (céphalée, exagération des réflexes rotuliens, ébauche de trépidation épileptoïde et de signe de Kernig, hyperesthésie cutanée).

Une ponction lombaire fait constater une lymphocytose. Cette ponction provoque une recrudescence de l'éruption, puis tout rentre dans l'ordre. Une deuxième ponction lombaire montre la diminution ; une troisième, la disparition de la lymphocytose.

L'auteur remarque que : 1<sup>e</sup> L'éruption ortiee s'est manifestée suivant une disposition symétrique, métamérique, zoniforme. — 2<sup>e</sup> La lymphocytose constatée dans bon nombre de cas de zona et dans cet urticaire zoniforme permet de penser à la communauté d'origine des deux sortes d'éruption, et d'envisager leur commune nature centrale, tropho-névrotique.

THOMA.

**1397) Cytologie du Liquide Céphalo-Rachidien dans quatre cas de Zona,** par R. BRANDÉS (de Bordeaux). *Réunion biologique de Bordeaux*, 12 avril 1904, in *C. R. de la Soc. de Biologie de Paris*, 1904, p. 649, n° 43.

Recherches cytologiques dans quatre cas de zona en pleine évolution zosterienne ou déjà guéris. Dans deux observations où la ponction lombaire fut faite après le début du zona, la lymphocytose céphalo-rachidienne était très abondante. Dans une autre, où la ponction fut faite onze mois après le début des accidents zosteriens, il y avait une lymphocytose manifeste. Enfin, dans le quatrième cas, relatant un cas de zona vieux de dix ans, il existait encore une légère lymphocytose céphalo-rachidienne.

JEAN ABADIE.

**1398) Zona et affections banales de l'appareil Digestif,** par E. ROUYER. *Bulletin médical*, 15 juin 1904, p. 532.

Cinq cas de zona ayant accompagné ou suivi des affections légères du tube digestif (angine, diarrhée, embarras gastrique). C'est une série comparable à celle de Dopter pour qui zoster et zostéroïde tendent à se confondre. De tels faits confirment l'opinion de Brissaud pour qui tout zona peut survenir à la suite d'une infection quelconque dont il est une simple manifestation.

THOMA.

**1399) Les réactions Nerveuses au cours des Herpès génitaux,** par P. RAVAUT et DARRÉ. *Annales de Dermatol. et de Syph.*, juin 1904, p. 481.

Leucocytose 21 fois sur 26; dans l'herpès génital, le système nerveux joue un rôle très important.

FEINDEL.

- 1400) Réactions nerveuses dans le Purpura exanthématique**, par H. GRENET. *Gazette des Hopitaux*, 4 août 1904, p. 868 (6 obs.).

Dans les deux premières observations, la succession du purpura et du zona prouve la réalité d'une altération nerveuse.

Les quatre dernières n'ont présenté aucune particularité notable. La ponction lombaire seule a révélé l'existence d'une réaction méningée caractérisée par la lymphocytose et l'excès d'albumine dans le liquide céphalo-rachidien.

THOMA.

- 1401) Sur la pathologie du Goitre et du Crétinisme**, par BAYON. *Archivio di Psichiatria, Neuropat. Antrop. cr. e Med. leg.*, an XXV, fasc. 3, p. 351, 1904.

Le goître, et par conséquent le crétinisme, seraient la séquelle de maladies infectieuses; cela pourrait être démontré par l'observation et par l'expérimentation.

F. DELENI.

- 1402) Données statistiques et étiologiques sur l'endémie Crétino-Goitreuse dans la province de Turin**, par STEFANO BALP. *R. Accademia di Medicina di Torino*, séance du 26 février 1904.

L'insuffisance thyroïdienne est la cause du goître et du crétinisme. La maladie est endémique, mais elle a des retours nettement épidémiques. Ses conséquences sont relativement légères chez l'adulte, mais très graves si la maladie est congénitale, ou a été contractée dans l'enfance, ou s'est greffée sur une hérédité goitreuse; elle arrête et fixe l'intelligence de l'enfant dans l'état où elle était quand la maladie a sévi.

L'hyperactivité fonctionnelle de la thyroïde (enfance, grossesse) prédispose à la maladie. La mauvaise hygiène des habitations, le séjour dans des logements humides et sombres contribuent au développement de la maladie en maintenant la vitalité des germes, en leur préparant le terrain de culture et en prédisposant l'organisme à l'infection.

Le principal véhicule de l'infection est l'eau de boisson. La substance infectante n'a pas de rapport avec la nature du sol, et elle n'existe pas dans le sol. Mais c'est accidentellement qu'elle tombe sur le sol d'où elle est entraînée par les eaux superficielles dans les sources mal protégées et les ruisseaux peu profonds,

Le remède est la cure thyroïdienne en dehors du pays infecté. La prophylaxie est toute d'hygiène.

F. DELENI.

- 1403) Nouvelles recherches sur la Pellagre des poules**, par CENI. *Rivista sperimentale di Freniatria*, vol. XXX, fasc. 1, p. 1-16, mai 1904.

Les poules nourries de maïs avarié présentent les unes les phénomènes de la pellagre aiguë et les autres ceux de la pellagre chronique. Les premières meurent du fait d'inflammations aiguës des viscères, le plus souvent localisées au poumon et au péricarde, et qui sont de nature aspergillaire et d'origine intestinale; les autres meurent dans le marasme après avoir quelquefois résisté des années, et on trouve à leur autopsie des reliquats des inflammations aiguës des viscères. Les poules nées de parents pellagreux ne résistent pas davantage à cette alimentation; elles se comportent comme les autres. Celles qui présentent les signes de la pellagre chronique résistent moins aux spores d'aspergillus que les poules saines. Les spores d'aspergillus injectées dans le péricarde déterminent la mort à la suite de phénomènes aigus de pellagre; elles restent à l'état de

spores, déterminent une réaction locale grave, et ne sont détruites que par un processus extracellulaire.

F. DELENI.

**1404) A propos de la Maladie de Raynaud,** par PAUL MASOIN. *Bull. de la Soc. de Médec. mentale de Belgique*, avril 1904.

Se basant sur un grand nombre d'observations de troubles angio-tropho-neurotiques, l'auteur montre que l'ancien concept de la maladie de Raynaud est trop étroit. Les troubles trophiques décrits sous ce nom ont des liens intimes de relation avec l'asphyxie des extrémités, l'érythromégalgie, la main et le pied « succulents », etc. Ces vues particularistes sont contraires à l'esprit clinique qui tend à ramener ces altérations vers un schéma commun, non à les éloigner les unes des autres.

L'auteur discute également l'origine de la névrite trouvée dans certains cas. Elle peut être la conséquence des troubles trophiques primitifs, fondamentaux. Mais, d'autre part, des lésions centrales du système nerveux peuvent déterminer des accidents angio-trophiques du même ordre (exemple cité). Le terme maladie de Raynaud est cliniquement inexact : le terme syndrome de Raynaud lui serait avantageusement substitué.

PAUL MASOIN.

**1405) Sur un cas de Maladie de Basedow avec Syndrome Addisonien,** par MOUTARD-MARTIN et MALLOIZEL. *Bulletins de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 17 décembre 1903, p. 4532.

L'association du syndrome d'Addison et du syndrome de Basedow a été signalée à plusieurs reprises. Dans l'observation, il s'agit d'une femme qui, après une rougeole survenue à 26 ans, a vu ses forces diminuer, de l'oppression survenir. De temps en temps, elle avait les jambes enflées. La mélanodermie survint enfin; elle s'accompagnait de bouffées de chaleur, de tremblement. Les cheveux, les sourcils, les poils se sont atrophiés, ainsi que les seins. Puis il survint des modifications du caractère, des crises de diarrhée; en même temps avait apparu de l'exophthalmie et le corps thyroïde avait acquis un volume considérable. Le pouls varia entre 88 et 112. Il y avait chez la malade un mélange des deux affections. Les auteurs soupçonnent, dans les cas de ce genre, l'origine sympathique des deux syndromes.

*Discussion.* — ACHARD rappelle qu'il a présenté au Congrès de 1900 une malade ayant des troubles analogues et ayant subi la résection bilatérale du grand sympathique trois ans auparavant.

P. SAINTON.

**1406) Un cas de maladie de Dercum,** par LE NOIR. *Société de l'internat des Hôpitaux de Paris*, 23 juin 1904.

Femme de 60 ans, chez laquelle il existe une lipomatose symétrique localisée aux membres inférieurs, avec intégrité des pieds, sans œdème ni modification de la peau au niveau des masses adipeuses.

Chez cette malade existent encore l'asthénie et l'état mental signalés dans la plupart des cas de maladie de Dercum, mais les douleurs spontanées ou provoquées dans les régions lipomateuses font presque totalement défaut; par contre, le corps thyroïde est atrophié.

Il faut enfin noter que la mère de la malade aurait présenté une disposition analogue des membres inférieurs.

Ce cas représente une forme atténuée, non douloureuse, de la maladie de Dercum.

E. F.

- 1407) Deux cas d'Adipose Douloureuse, suite d'Ovariotomie,** par J.-A. SIGARD et ROUSSY. *Bulletins de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 22 octobre 1903, p. 1068-1075.

La pathogénie de l'adipose douloureuse est encore à faire; des théories diverses ont été proposées; on a voulu expliquer le trouble fonctionnel trouvé par une théorie ovarienne ou un trouble des glandes à sécrétion intense. En recherchant dans les observations des chirurgiens tels que Glövecke et Jayle, on est frappé des cas qui semblent appartenir à la maladie de Dercum. Deux observations de l'auteur où l'adipose se montra à la suite d'une ovariotomie montrent qu'il faut discuter un peu plus longuement qu'on ne l'a fait jusqu'ici la pathogénie ovarienne. Il est bien évident qu'il faut tenir compte du passé nerveux. Le traitement thyroïdien a été employé sans résultat dans l'un des cas; le traitement ovarien a été conseillé aux deux malades, mais les résultats en sont encore inconnus.

P. SAINTON.

- 1408) Note sur la Psychologie des Cholémiques,** par A. GILBERT et P. LERREBOULLET. *Bulletins de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 6 août 1903, p. 953-956.

L'état mental des sujets, atteints soit d'affections déterminées des voies biliaires, soit de cholémie simple familiale, présente des caractères spéciaux. Chez de nombreux sujets, l'hyperexcitabilité cérébrale prédomine, la cholémie bien supportée paraît exercer une action favorable sur le fonctionnement cérébral; ils sont remarquables par leur intelligence, leur activité, leur initiative, voire même leur volonté tendant à un but fixe. Ces cholémiques, malgré leurs manifestations extérieures, sont tristes, et, malgré la satisfaction du présent, tendent à envisager l'avenir avec découragement. Les idées noires, le tedium vite sont fréquents; le suicide n'est point exceptionnel. D'autres fois, l'hypochondrie domine et les malades s'exagèrent la moindre indisposition dont ils sont atteints. Parfois, enfin, ils sont hantés par l'idée de la maladie et de la mort. L'histoire fournit des exemples significatifs à ce sujet; Napoléon I<sup>e</sup> et son frère Louis en font preuve. La cholémie, si fréquente chez les Orientaux, ne nous révèle-t-elle pas un trait capital de leur caractère, la tristesse?

A la tendance mélancolique peut se joindre l'aboulie, l'indécision. Il est nécessaire de faire jouer dans ces symptômes un rôle à la prédisposition nerveuse héréditaire. Le rôle des affections biliaires superposées n'y est pas, en tout cas, discutable.

P. SAINTON.

- 1409) Deux observations de Spina bifida,** par Gross et THEUVENY. *Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie*, 13 juin 1904.

Spina bifida sous une tumeur sacro-coccygienne grosse comme une mandarine, masquant ce spina bifida dont elle était séparée par une membrane fibreuse et un pédicule plein.

Dans la deuxième observation, le spina bifida fut opéré; dans les semaines qui suivirent, il se produisit de l'hydrocéphalie, puis de l'incontinence du sphincter anal et un prolapsus du rectum; rien du côté de la vessie.

E. F.

- 1410) L'Origine Biliaire de la Mélancolie,** par A. GILBERT, P. LERREBOULLET, P. COLOIAN. *Bulletins de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 6 août 1903, p. 957-960 (14 obs. pers.).

La nature de la mélancolie est restée obscure, malgré les nombreuses publi-

cations faites à ce sujet. D'après des observations portant sur plus de cinquante cas, les auteurs concluent qu'elle est souvent, pour ne pas dire toujours, liée à la cholémie familiale. Depuis longtemps on a signalé le facies mat, jaunâtre ou terreux des mélancoliques ; les symptômes gastro-intestinaux, dyspepsie, crises de boulimie, constipation, hémorroïdes ont attiré l'attention.

Les mélancoliques ont de la somnolence, de la bradycardie ; l'association du diabète simple ou lévulosurique avec la mélancolie n'est pas rare.

Les arguments que les auteurs peuvent fournir à l'appui de cette origine biliaire sont les suivants. Les antécédents biliaires sont fréquents, ainsi que les antécédents nerveux.

Les symptômes psychiques, qui sont ceux des différentes variétés de mélancolie, s'accompagnent des signes révélateurs de la cholémie (facies, xanthodermies, mélanobermies, xanthélasma, nævus artériels et capillaires) ; l'urobilinurie, parfois la cholémie sont fréquentes ; on trouve souvent des pigments biliaires dans le sérum. La cholémie peut être légère, mais elle existe. En même temps il y a de l'albuminurie, de la glycosurie et de la fièvre que la mélancolie serait impuissante à expliquer.

L'évolution même est caractéristique ; une malade, qui put être suivie, mourut, comme les hépatiques, dans le coma hypothermique.

Le traitement de l'affection biliaire causale fait dans un certain nombre de cas disparaître les accidents.

P. SAINTON.

**1411) La Neurasthénie Biliaire**, par A. GILBERT et P. LEREBOUTET. *Bulletins de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 6 août 1903, p. 956-966.

Depuis que Béard a décrit la neurasthénie, on la considère souvent comme la conséquence d'une affection organique légère, par exemple utérine, gastrique, hépatique. Les caractères de cette dernière et sa fréquence ont été peu précisés ; les recherches des auteurs leur ont montré qu'un grand nombre de neurasthénies avaient pour origine une affection latente ou évidente des voies biliaires. Ces cas étaient considérés comme primitifs ; cependant un examen attentif des divers signes révélateurs de la cholémie mettait en relief l'existence antérieure d'une altération des conduits biliaires.

Cette variété de neurasthénie se rencontre aussi bien chez les sujets atteints de cirrhose, d'ictère, de lithiasis que chez ceux qui sont atteints de cholémie familiale. En même temps que des antécédents biliaires, on relève chez eux des antécédents névropathiques. Certaines infections graves, comme la fièvre typhoïde, la grippe, les appendicites ; légères, comme les angines, les stomatites, les parotidites, paraissent jouer le rôle de causes occasionnelles.

L'expression clinique est variable : il existe de l'asthénie, de la fatigue intellectuelle, des troubles de la volonté, une aboulie manifeste et une tendance marquée à la mélancolie. Rarement la céphalée a les caractères de la céphalée des neurasthéniques ; il y a des accès de migraine, de la somnolence dans la journée. Avec ces troubles nerveux coïncident des symptômes dyspeptiques, de l'entérite membraneuse ; la constipation est habituelle. Les hémorroïdes sont fréquentes. Les sujets accusent aussi des douleurs articulaires (rhumatisme bilaire), une sensibilité excessive au froid avec chair de poule facile, de la tendance au prurit et à l'urticaire. Il existe de la bradycardie ; une facilité aux hémorragies (gingivorragies, épistaxis, hémosialémèses) ; des crises d'angine de poitrine toxique ; enfin les sujets consultent pour de l'impuissance génitale. Le teint est cholémique ; il peut exister des modifications objectives du foie, de la

rate (hypertrophie, matières). Il y a de l'urobilinurie, une légère albuminurie intermittente. L'examen du sérum montre une cholémie marquée.

Les moyens thérapeutiques employés ont consisté en une médication en deux temps: dans la première phase, les sujets sont soumis à la thérapeutique de la cholémie; dans la seconde, le traitement vise surtout l'état nerveux.

P. SAINTON.

**1412) Les Bourdonnements d'Oreille chez les Neurasthéniques**, par A. PUGNAT (de Genève). *Revue hebdomadaire de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie*, n° 21, 21 mai 1904, p. 609.

Les caractères des bourdonnements d'oreille neurasthéniques proprement dits sont, d'après l'auteur : de s'atténuer dans le bruit, d'augmenter dans le silence; d'être plus intenses le soir et dans la nuit que le matin; d'être localisés dans les oreilles et parfois dans la tête; d'exister chez des individus dont les oreilles sont anatomiquement intactes; d'être accompagnés le plus souvent de troubles nerveux variés et des autres stigmates neurasthéniques. Ces bourdonnements s'observent surtout chez les femmes; ils sont assez fréquents. Tout traitement otologique est aussi irrationnel que nuisible: l'auteur recommande les bromures et l'électricité statique, sous la forme de l'aigrette, appliquée localement, dont il loue l'action calmante.

JEAN ABADIE.

**1413) Hystéro-traumatisme à manifestations cardiaques**, par DEBOVE: *Arch. gén. de Méd.*, 1904, n° 24 p. 1499.

Il s'agit d'un saturnin qui, trois jours après une chute de six mètres avec fracture de côtes, fut pris de syncope. Au moment de l'examen pratiqué par Debove un an plus tard à l'hôpital, les troubles cardiaques consistaient surtout dans une accélération énorme du pouls (160), avec inégalité, irrégularité et intermittences après l'ascension d'un escalier; le pouls étant habituellement à 78. Il y a de plus de la douleur précordiale et des crises d'angoisse.

Debove rapporte ces accidents à l'hystérie à cause des stigmates suivants : contracture des muscles du membre inférieur gauche avec raccourcissement sans fracture du fémur. Hémihypoesthésie gauche sensitivo-sensorielle. Rétrécissement du champ visuel. Céphalée; vertiges. Pronostic sombre quant à la vie professionnelle. Discussion du cas au point de vue médico-légal.

P. LONDE.

**1414) Sur une Hémiathétose fonctionnelle** (U. fonctionnelle Hemiathétose), par SIEFER (clin. du prof. Hitzig). *Archiv f. Psychiatrie*, t. XXXVIII, fasc. 3, 1904, p. 944 (5 p.).

L'hémiathétose fut diagnostiquée d'abord d'origine cérébrale; l'apparition d'une anesthésie en manchette fit faire le diagnostic. Guérison par l'hypnose. On peut jusqu'à un certain point voir là une névrose professionnelle: le malade était cordonnier.

M. TRENEL.

**1415) Mutisme Hystérique par Aphonie. Phénomènes associés d'As-tasie-Abasie**, par LABOUCLE. *Gaz. hebd. des Sciences médicales de Bordeaux*, 13 décembre 1903, n° 50, p. 610.

Un soldat de 23 ans tombe de coup de chaleur et présente aussitôt après une crise convulsive, qui laisse après elle un mutisme complet. Le malade parle uniquement avec les lèvres, sans la moindre sonorité. La pression exercée sur le larynx provoque une raideur spasmodique du dos et une ébauche d'arc

de cercle; elle fait naître aussi une sorte d'inquiétude. Le malade présente une hyperesthésie généralisée à la peau et aux muqueuses. On ne constate chez lui aucun phénomène paralytique de la face, de la langue ou des membres. Mais il peut à peine se tenir debout, il s'écroule sous lui, il lui est impossible de faire quelques pas : appuyé contre une table, il reste droit et debout. Le mutisme a disparu deux jours après, spontanément, au réveil. La station debout et la marche reviennent plus lentement, progressivement, en dix jours.

JEAN ABADIE.

**1416) Sur un cas de Syndrome Labyrinthique Hystérique,** par A. BOUYER (de Cauterets). *Revue hebdomadaire de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie*, n° 22, 28 mai 1904, p. 641.

Jeune fille du service de Pitres, 22 ans, franchement hystérique, présente une sensibilité douloureuse très vive au plus léger effleurage de la région mastoïdienne gauche, et une surdité complète de l'oreille du même côté. Aucun bruit extérieur n'est entendu par cette oreille ; la perception crânienne est supprimée dans tout le côté gauche ; le Rinne se latéralise d'une manière complète à droite. La douleur mastoïdienne est diffuse, étendue même au delà de l'apophyse mastoïde, sans points électifs au niveau de l'antrre ou de la pointe : mais la région douloureuse est analgésique à la piqûre et l'on constate que la mastoïde est englobée dans une hémi-anesthésie sensitivo-sensorielle gauche, à laquelle échappent seuls le tympan et la partie osseuse du conduit auditif. Trois ou quatre jours après cet examen, la malade éprouva, à plusieurs reprises, des crises paroxystiques de bruits subjectifs auriculaires à gauche, sous forme de sifflets de locomotive, qui s'accompagnaient d'un état vertigineux avec vomissement et propulsion à une chute latérale gauche. Un traitement suggestif fit disparaître tous ces accidents. Bouyer, à la suite de cette observation, rappelle les faits cliniques qui l'ont conduit à admettre l'existence d'un syndrome labyrinthique de nature hystérique.

JEAN ABADIE.

**1417) Néphrotomie pour Anurie Hystérique,** par Pousson (de Bordeaux). *Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux*, 7 nov. 1903, in *Gaz. hebd. des Sc. médic. de Bordeaux*, 29 novembre 1903, n° 48, p. 584.

Une jeune fille a présenté il y a deux ans des crises d'anurie totale d'une durée de cinq à six jours, suivies de débâcles de plusieurs litres d'urine à la suite desquelles la fonction urinaire se rétablissait pour quelques semaines. Depuis, les crises d'anurie se rapprochèrent et se prolongèrent, et, au bout de cinq à six mois, la malade en vint à ne plus rendre une seule goutte d'urine : cependant, à ce moment, l'application sur la région lombaire de sanguines ou de ventouses réveillait la sécrétion pour quelques jours. Bientôt l'effet des sanguines et des ventouses cessa de se faire sentir. Les vomissements et la diarrhée qui avaient lieu seulement de temps en temps, lorsque la malade urinait par intermittence, devinrent fréquents, se répétant parfois plusieurs fois dans la journée ; des douleurs lombaires droites, continues, intolérables, apparaissent et nécessitèrent l'usage de la morphine. Malgré tout cet appareil alarmant, l'état général ne laissait rien à désirer en apparence. Pousson jugeant, avec la malade, la situation intolérable, se décida, sur les instances de celle-ci, à intervenir chirurgicalement, bien qu'il n'eût jamais constaté une raison anatomique des accidents précédents. Le rein apparut sain dans la plaie opératoire ; pour que l'on pût mieux juger de son intégrité, il fut incisé et drainé à l'aide d'une sonde de

Petzer placée dans le bassinet. Le soir même, la malade rendait par le sondage 180 centimètres cubes d'une urine sanguinolente; dans la nuit, elle urinait seule 250 centimètres cubes d'une urine rosée. Les jours suivants, la quantité d'urine émise en vingt-quatre heures oscilla entre 1,500 et 2,000 centimètres cubes. L'opération date de trois semaines, l'opérée est en bonne santé, la reprise de la fonction rénale est complète; mais sera-t-elle définitive? P... ne peut l'affirmer et craint les surprises des perturbations fonctionnelles que ménage si facilement l'hystérie.

JEAN ABADIE.

**4418) Nouvelle contribution des rapports entre l'Acidité Urinaire et l'Epilepsie,** par GALDI et TARUGI. *Il Morgagni*, an XLVI, n° 6, p. 337-355, juin 1994.

L'augmentation de l'acidité urinaire coïncide avec la diminution puis la perte du pouvoir convulsivant de l'urine; en d'autres termes, l'acidité urinaire est augmentée dans la phase post-accessuelle, et elle est diminuée dans la phase pré-accessuelle.

F. DELENI.

**4419) Équivalent viscéral chez un Épileptique (Œdème pulmonaire aigu),** par V. ALESSI. *Clinica moderna*, 1<sup>er</sup> juin 1904, p. 253.

Attaque subite d'œdème pulmonaire aigu chez un vieil épileptique; l'auteur la considère comme un équivalent épileptique, vu certains détails de la symptomatologie et parce que les centres respiratoires corticaux de ce malade ont été perturbés par de nombreuses bronchites et par une pneumonie.

F. DELENI.

**4420) Note sur l'intérêt clinique de quelques Équivalents Épileptiques,** par CH. FÉNÉ. *Revue de Médecine*, juin 1904, p. 449-452.

L'auteur donne deux observations où les crises convulsives furent remplacées par l'apathie et la narcolepsie: la première disparut avec la continuation du traitement bromuré dans un cas, la seconde grâce à une légère augmentation de la dose quotidienne de belladone dans l'autre cas.

THOMA.

**4421) Le Syndrome oculaire de Claude Bernard-Horner en tant que Stigmate Dégénératif fréquent, notamment chez les Épileptiques,** par NEGRO. *Archivio di Psichiat., Neurop., Astrop. cr. e Med. leg.*, an XXV, fasc. 3, p. 273-287, 1904.

Le myosis avec rétraction du globe et diminution de la fente palpébrale, le tout du même côté, constitue une asymétrie qui indique peut-être une anomalie congénitale du sympathique. Elle existe chez les gens normaux, mais elle est relativement fréquente chez les névropathes, et en particulier chez les épileptiques (6 pour 100).

F. DELENI.

**4422) De l'Epilepsie curable et de l'Epilepsie incurable,** par L. MARCHAND. *Annales médico-chirurgicales du Centre*, 5 juin 1904.

L'épilepsie résulte d'une foule de causes. Ce mal comitial n'est pas une maladie, mais un syndrome. Les convulsions ne sont qu'un symptôme et peuvent apparaître au cours de toutes les maladies de l'encéphale et de toutes les intoxications.

Parmi les différentes formes étiologiques, quelles sont celles qui peuvent être

considérées comme curables? Celles où la lésion cérébrale est justiciable de la chirurgie, celles où l'intoxication (E. alcoolique) peut être supprimée.

Quel est donc le rôle joué par les bromures dans le traitement des épilepsies? Les bromures ne guérissent pas; ils agissent en diminuant ou supprimant les accès; mais suspend-on le traitement, immédiatement on voit réapparaître les crises et souvent même un état de mal est ébauché. Les bromures diminuent l'excitabilité corticale et leur action n'est pas spéciale aux convulsions épileptiques mais s'étend à tous les états d'excitation.

THOMA.

**1423) Tétanie généralisée chez un enfant de trois mois**, par A. Moussois (de Bordeaux). *Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie*, 23 juin 1903, in *Revue mensuelle d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie de Bordeaux*.

Enfant de 3 mois, issu de névropathes alcooliques, élevé au biberon, suralimenté, atteint de diarrhée fétide, présente depuis la deuxième semaine des contractures généralisées. Ces contractures naissent à la moindre excitation (trismus, raideur des pectoraux, contractures des membres, des mains et des pieds). L'enfant ne présentait aucune suppuration, aucune plaie : le cordon était parfaitement guéri. Il s'agit vraisemblablement d'intoxication gastro-intestinale : d'autres microbes que le bacille de Nicolaier, certaines substances dues à des auto-intoxications d'ordre gastro intestinal peuvent engendrer des phénomènes tétaniques.

JEAN ABADIE.

**1424) Sur un cas de Tic de la tête et du tronc n'existant que pendant le Sommeil**, par R. CAUCHET (de Bordeaux). *Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux*, 20 mai 1904, in *Gazette hebd. des Sciences Méd. de Bordeaux*, n° 27, 3 juillet 1904, p. 319.

Un enfant de 5 ans, légèrement rachitique, relève, dès qu'il est endormi, ses deux bras, les mains appliquées contre la nuque, et offre des mouvements oscillatoires du tronc. Ces mouvements se reproduisent plusieurs fois dans la même nuit depuis l'âge de deux ans. L'enfant n'en a aucun souvenir à son réveil. Cruchet croit qu'on peut ranger ces tics dans les manifestations motrices vicieuses du sommeil.

JEAN ABADIE.

**1425) Contribution à la pathologie du Paramyoclonus multiplex (type de Friedreich)** (A contribution to the pathology of paramyoclonus multiplex (Friedreich's type)), par J. RAMSAY HUNT, de New-York. *The Journal of nervous and mental Disease*, vol. XXX, n° 7, juillet 1903, p. 408 à 424 (5 fig.).

Le terme de paramyoclonus multiple, ou plutôt de myoclonus multiplex, devrait être réservé à la forme de spasme musculaire (myospasme) caractérisée par des contractions multiples, spontanées et isolées des muscles. Ce type est très spécial et distinct et ne peut être logiquement expliqué que par une lésion du système nerveux central : on doit le séparer avec soin des myospasmes du type cébral qui sont caractérisés par des mouvements plus ou moins coordonnés, maladie des tics, tic convulsif, tremblement convulsif de Pritchard et Hammond : les contractions du paramyoclonus multiplex sont en rapports étroits avec la myokymie et les contractions fibrillaires. Le paramyoclonus peut être idiopathique ou deuléopathique, et dans ce dernier cas il complique divers troubles organiques ou fonctionnels d'origine cérébrale et spinale.

Hunt rapporte une observation avec autopsie : le système nerveux était normal, sauf peut-être un peu d'épaississement des vaisseaux. Les muscles

présentaient un grand nombre de fibres hypertrophiées, et souvent le noyau de la fibre était central au lieu d'être périphérique.

L. TOLLEMER.

### PSYCHIATRIE

- 1426) Note à propos de la Démence Précoce, par E. Régis (de Bordeaux). *Journal de Médecine de Bordeaux*, 27 mars 1904, n° 13, p. 225.

Régis, après avoir établi que la connaissance de la démence précoce se retrouve dans Willis (1672) et que Morel a donné de 1851 à 1853 dans ses *Études cliniques* un véritable résumé clinique de la démence précoce dont il fait un état de stupidité, cherche à classer la construction nosologique réédifiée par Kraepelin. Il est conduit à ranger la démence précoce dans le cadre de la confusion mentale : toutes deux ont même origine probable, l'intoxication ; même début, souvent marqué par des accidents neurasthéniques ou hystériques, des crises nerveuses, de la céphalée ; les mêmes symptômes fondamentaux d'obtusion, de torpeur, d'engourdissement psychique ; les mêmes délires de rêve, confus, absurdes, faussement systématisés ; les mêmes alternatives d'agitation et de stupeur ; les mêmes troubles somatiques, pupillaires, musculaires, cataleptiques, etc. ; la même formule urologique ; enfin, d'après le récent article de Klipper, des lésions de même ordre, sinon identiques. La démence précoce n'est plus une entité, mais une fin morbide ; elle est la phase de chronicité de toute confusion mentale aiguë non guérie, particulièrement des confusions liées à l'époque du développement : elle devient alors la confusion mentale chronique, analogue à la manie et à la mélancolie chroniques. Régis ne veut pas parler ainsi de toutes les démences précoces, car on peut évidemment devenir dément de bonne heure par d'autres voies que celle de la confusion, mais il essaie de montrer que, parmi toutes ces démences secondaires, c'est celle qui fait suite à un état confusionnel qui représente surtout la démence précoce de Kraepelin.

JEAN ABADIE.

- 1427) Jalousie Infantile, par Régis (de Bordeaux). *Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux*, 5 février 1904, in *Gaz. hebd. des Sc. Méd. de Bordeaux*, 6 mars 1904, n° 10, p. 416.

Une fillette de 28 mois, fille d'un père alcoolique ayant présenté lui-même des accès de jalousie, fut prise, à l'occasion de la naissance d'une petite sœur, de jalousie à l'égard de cette sœur, avec état syncopal, perte de l'appétit, amaigrissement extraordinaire. L'enfant refusé de dormir ; elle craint que, pendant son sommeil, sa mère ne prenne l'autre fillette dans ses bras : elle ne veut plus quitter pour cela les genoux de sa mère ; elle crie et cherche à faire du mal à sa petite sœur. Régis conseille l'éloignement et la mise en nourrice de la dernière venue.

JEAN ABADIE.

- 1428) Un cas de Paraphasie avec Démence suivi d'autopsie, par ANGLADE, JACQUIN et DUMORA (de Bordeaux). *Soc. d'Anat. et de Physiologie de Bordeaux*, 14 mars 1904, in *Journal de Méd. de Paris*, 29 mai 1904, n° 22, p. 397 (4 fig.).

Cas typique de paraphasie avec surdité et cécité verbales, agraphie, ayant eu pour substratum anatomique un ramollissement ayant son noyau central au

niveau du centre de Wernicke, mais s'étendant jusqu'au pli courbe et empiétant sur le lobule pariétal inférieur. La paraphasie s'est accompagnée non pas tant d'une déchéance intellectuelle que d'une excitation délirante. Avant d'être paraphasique, le sujet était diabétique. Anglade insiste sur ce fait plus d'une fois constaté par lui que, chez un prédisposé qui fait de la réaction névroglique à distance, le ramollissement des centres de compréhension fait souvent éclater des accidents vésaniques.

JEAN ABADIE.

**1429) No-restraint et Open-Door**, par CULLERRE. *Ann. médico-psychologiques*, LXII, 8<sup>e</sup> série, t. XIX, p. 420, mai 1904 (Bibliographie).

Revue critique des rapports annuels des asiles américains. Cullerre insiste sur le fait qu'on y emploie couramment les moyens de contrainte et que la liberté n'est laissée aux malades que dans une limite restreinte. M. T.

**1430) La Colonie des Végétariens d'Ascona** (Die Vegetarier-Ansiedlung in Ascona), par GROHMANN (Zurich). *Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift*, V, n° 42 et 43, 16 et 23 janvier 1904.

Ces notes curieuses montrent sous un jour plutôt favorable une colonie où est pratiquée une sorte d'anarchisme passif, approchant du Tolstoïsme. Les compagnons portent un costume singulier. Ils pratiquent le mariage libre sous le nom de mariage de conscience (Gewissenche). Une colonie-fille existerait à La Croix, près de Marseille. M. TRÉNEL.

**1431) Sur l'internement des Criminels Aliénés** (Z. Frage der Unterbringung geisteskranker Verbrecher), par von KUNOWSKY (Leubus). *Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift*, V, n° 41, 30 janvier 1904.

Exposé de l'état de la question en Allemagne. Kunowsky est de l'avis d'établissements spéciaux. Actuellement, en Allemagne, il existe deux méthodes : l'annexe à la prison et l'annexe à l'asile. Article d'actualité. M. T.

**1432) Divorce pour cause de Folie d'après le code civil** (Ehescheidung wegen Geisteskrankheit...), par le prof. CRAMER. Société psychologique et médico-légale de Göttingue. *Psychiatrisch-neurol. Wochenschrift*, VI, n° 15, 9 juillet 1904.

L'incurabilité n'est pas une raison suffisante pour rendre la vie commune impossible ; elle ne doit pas par elle seule déterminer le divorce. Il ne faut faire entrer en ligne de compte que les maladies caractérisées par une démence progressive, celles qui se terminent par la démence, et les cas de débilité mentale congénitale reconnue seulement après le mariage.

La discussion montre que l'accord est loin d'être fait sur cette loi entrée cependant dans la pratique. M. TRÉNEL.

**1433) Un cas de Folie à deux avec infériorité de l'organe actif**, par DROMARD et LEVASSORT. Soc. médico-psychol., 23 avril 1904. *Annales médico-psych.*, 8<sup>e</sup> série, t. 20, p. 91, juillet 1904.

La fille, organe actif, est d'une intelligence inférieure à celle de la mère, elle-même assez débile ; mais la mère était certainement en état d'imminence morbide (tendances paranoïaques) quand la fille est devenue aliénée ; la contagion du délire n'est ici que secondaire ; si la mère et la fille avaient vécu séparées, elles auraient déliré chacune à leur façon. Il y a eu ici non pas « folie

communiquée par un actif à un passif ; nous dirons folie simultanée avec orientation par un organe et coordination par l'autre ». M. TRÉNEL.

- 1434) **Colonie familiale de Gardenlegen** (*Die Familienpflege Geisteskranker in Gardenlegen*), par WICHEN (Gnesen). *Psychiatrisch-neurolog. Wochenschrift*, n° 13 et 14, 1904, p. 417.

Rapport très louangeur. La colonie compte 119 malades ; elle est placée dans une ville de 8,000 habitants, à quatorze kilomètres de l'asile d'Uchtspringe. Un médecin réside dans la ville. La dépense totale par malade est de 80 pfennigs par jour. M. TRÉNEL.

- 1435) **Délire alcoolique fébrile de Magnan**, par ALZHEIMER (Munich). *Centralblatt für Nervenheilkunde*, XXVII, nouvelle série, t. XV, juillet 1904, p. 437 (4 pages).

Cette forme paraît peu fréquemment observée en Allemagne ; elle est même niée par les maîtres les plus qualifiés : pour Kraepelin entre autres, il s'agirait d'une infection surajoutée. Alzheimer en a observé trois cas sur 160 délirants ; dans tous les cas il survint une attaque épileptiforme grave précoce ; la température atteignit 41°,8. Mort en quelques heures.

A l'autopsie : foie contracté ; dégénération graisseuse des reins ; dégénération des cellules cérébrales ; légère prolifération névroglique ; petites hémorragies corticales et grave dégénération des capillaires ; pas de traces de processus inflammatoires. Aucune lésion expliquant la fièvre qui doit être rapportée vraisemblablement à une destruction rapide et étendue du tissu nerveux, comme la fièvre de l'état de mal, des attaques de la paralysie générale, etc.

M. TRÉNEL.

- 1436) **Le profil de la Plante du Pied chez les Dégénérés et dans les Races inférieures**, par GIUFrida-RUGGERI. *Archivio di Psichiatria, Neuropatologia, Antropologia criminale e Med. leg.*, vol. XXV, fasc. 3, p. 241-248, 1904.

L'appui sur la tête du métatarsien du gros orteil est un fait d'évolution acquis par les Européens d'avant la chaussure. Or, chez nombre de dégénérés, on trouve comme dans les races inférieures la distance talon-base du II<sup>e</sup> orteil plus grande que la distance talon-base du gros orteil, ce qui est l'inverse du rapport normal chez l'Européen. F. DELENI.

- 1437) **La Confusion Mentale**, par MARANDON DE MONTYEL. *Bulletin médical*, n° 56 et 57, p. 633 et 671; 16 et 20 juillet 1904.

Ce travail d'ensemble présente à considérer plusieurs points sur lesquels l'auteur insiste davantage. D'abord le diagnostic entre la démence et le *syndrome confusion mentale* ; la description de la confusion mentale *affection autonome* ; en troisième lieu, la critique de la forme *confusion mentale primitive*, que Chaslin place à côté de la stupidité de Georget et de la lypémanie stupide de Baillarger.

THOMA.

- 1438) **Frenasthénie congénitale. Une Imbécile**, par MARIANI. *Archivio di Psichiatria, Neuropat., Antrop. crim. e Med. leg.*, an XXV, fasc. 3, p. 269-273, 1904.

Examen médico-légal d'une imbécile de 21 ans, et mise en lumière de tous les symptômes de cette imbécillité. F. DELENI.

- 1439) Le cas d'Angelo, mort après une Détenzione très courte en prison. Soupçon de violence. Délice aigu,** par AMANTO, BIGNANI, IMPALOMENI et OTTOLENGHI. *Rivista sperimentale di Freniatria*, vol. XXX, fasc. 1, p. 49-84, mai 1904.

C'est un rapport médico-légal intéressant par le dénouement fatal dû à une maladie tout à fait exceptionnelle, alors qu'elle était attribuée à des violences par l'opinion publique.

F. DELENI.

- 1440) Sur les Hallucinations unilatérales de l'Ouie** (Sulle allucinazioni unilaterali dell' udito), par E. LUGARO. *Rivista di Patologia nervosa e mentale*, an IX, fasc. 5, p. 228-237, mai 1904.

Hallucinations auditives unilatérales du côté de l'oreille lésée, coïncidant avec des troubles psychiques, et à contenu éminemment représentatif; cette observation confirme une fois de plus que les hallucinations ont pour condition nécessaire une activité anormale des centres sur-sensoriels, représentatifs, psychiques. La lésion périphérique est un facteur favorable à la production des hallucinations, mais il est par lui-même insuffisant. Cette lésion périphérique néanmoins détermine l'orientation unilatérale des hallucinations, car la surdité favorise la projection rétrograde de l'activité des centres psychiques sur des centres auditifs inoccupés.

F. DELENI.

- 1441) Rapport sur les Asiles du département de la Seine,** par CAROLINE KNUR (Francfort). *Psychiatrich-neurologische Wochenschrift*, V, n° 41, 9 janvier 1904.

A côté d'appréciations exactes, ce rapport en présente d'aventurées avec parfois des observations bien superficielles; et le jugement général est d'une sévérité qu'on trouvera peut-être excessive.

M. T.

- 1442) Études sur l'association des idées au point de vue du diagnostic. 1<sup>re</sup> partie. Recherches expérimentales sur les associations chez les gens normaux,** par JUNG et RIKLIN. *Journal für Psychologie u. Neurol.*, t. III, fasc. 1 et 2, 1904 (30 p.).

Dans ce premier mémoire, Jung et Riklin donnent leur technique et le tableau de leurs tests.

M. T.

- 1443) Contribution expérimentale et clinique à la psychopathologie de la Psychose Polynévritique,** par BRODMANN (Institut neuro-biologique de Berlin). *Journal für Psychologie u. Neurologie*, t. III, fasc. 1 et 2, 1904 (48 p.).

Étude détaillée basée sur des épreuves multipliées d'après tous les procédés de psycho-physiologie expérimentale. Ce travail, dont les résultats se traduisent surtout par des tableaux de chiffres, ne se prête pas à une analyse, mais sera utile à consulter.

M. T.

- 1444) Neuropathologie et Psychiatrie,** par FÜRSTNER (Strasbourg). *Archiv für Psychiatrie*, t. XXXVIII, fasc. 3, 1904 (12 p.).

Discours sur la parenté des deux sciences.

M. T.

- 1445) Les Folies spirites,** par MARIE (Villejuif). Soc. médico-psychologique, 29 fév. 1904. *Annales médico-psychol.*, LXII, 8<sup>e</sup> série, t. XIX, p. 450, mai 1904 (10 p.).

D'une étude critique, Marie conclut qu'il n'y a pas de folie spirite distincte:

mais le spiritisme est susceptible de colorer d'un mysticisme particulier toutes les psychoses, car toutes peuvent donner lieu à des troubles psycho-moteurs. On peut ainsi distinguer des délires épisodiques de médiumnité et des délires systématisés progressifs.

M. TRÉNEL.

- 4446) **Délire consécutif à des pratiques spirites**, par DUHEM. Soc. médico-psychologique, 29 février 1904. *Annales médico-psychologiques*, LXII, 8<sup>e</sup> série, t. XIX, mai 1904, p. 447.

Homme de 52 ans. Début, 18 mois après les premiers essais de médiumnité. Hallucination de tous les sens, délire de grandeur et de persécution. Amélioration rapide avec persistance des idées de persécution de nature génitale.

M. TRÉNEL.

- 4447) **Un Criminel-né, voleur et assassin**, par BELLINI. *Archivio di Psichiatria, Neuropat., Autrop. cr. e Med. leg.*, vol. XXV, fasc. 3, p. 240-252, 1904.

Observation d'un criminel. Peu de stigmates physiques, mais à peu près tous les stigmates psychiques du criminel-né.

F. DELENI.

- 4448) **Distribution régionale du Génie en Italie**, par CAPELLI. *Archivio di Psichiatria, Neuropat., Autrop. crim. e Med. leg.*, an XXV, fasc. 3, p. 252-269, 1904.

Etude de topographie statistique. Les hommes de génie ont existé en plus grand nombre dans les régions où les cotes : capacité crânienne, hauteur de taille, folie, épilepsie, alcoolisme, suicide, rachitisme, densité de population, culture, industrialisme, donnent les totaux les plus élevés.

F. DELENI.

- 4449) **Recherches sur les Stigmates de Dégénérescence chez 251 aliénés**. (Untersuchungen auf Degenerationszeichen...), par GANTER (Sarreguemines). *Archiv für Psychologie*, t. XXXVIII, fasc. 3, 1904, p. 978 (30 p.).

Travail de statistique locale (Westphalie) sur divers stigmates : iris, oreille, bouche, squelette, chevelure.

M. T.

## THÉRAPEUTIQUE

- 4450) **Quelques faits relatifs à l'action thérapeutique du Radium**, par RAYMOND et ZIMMERN. *Académie de Médecine*, 26 juillet 1904.

Recherches sur l'action analgésique du radium dans les affections du système nerveux. Chez les tabétiques, ces auteurs ont constaté une action profonde sur l'élément douleur. Une série de malades atteints de douleurs localisées (douleurs fulgurantes, crises gastriques, etc.) ont été rapidement améliorés et soulagés au bout de quelques séances.

E. F.

- 4451) **Action antinévralgique et antithermique de la Morphine dans les Névralgies Tuberculeuses**, par MARIO BELLOTTI, *Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, 12 juin 1904, p. 749.

Observation d'une tuberculeuse fiévreuse et déjà cachectique qui souffrait de vives douleurs dans l'épaule et le bras gauche. Tous les analgésiques avaient été essayés en vain contre ces douleurs. Ce fut avec un certain étonnement que

L'auteur vit, dix minutes après une injection de morphine, non seulement les douleurs disparaître, mais la température tomber de 39° à la normale.

F. DELENI.

**1432) Les Injections intramusculaires d'Antipyrine dans les Névralgies Sciatiques**, par SIGISMONDO PASCOLETTI. *Gazzetta degli Ospedali Cliniche*, 12 juin 1904, p. 745.

L'auteur en a obtenu les meilleurs résultats ; il les fait sur le trajet du nerf aux points qui sont le plus douloureux.

F. DELENI.

**1433) La Chloruration de l'organisme et les Névroses**, par H. CLAUDE. *Bulletin médical*, 29 juin 1904.

Chez une jeune femme, la déchloruration a mis fin à un état psychasthénique ; elle a guéri l'asthme-névrose dans deux cas, et elle influence très favorablement un asthme des foins chez un homme de 36 ans. Ces affections ont le caractère commun de se produire par crises chez les neuro-arthritiques. Les manifestations nerveuses étaient en rapport avec des modifications de la nutrition, de la chloruration de l'organisme.

THOMA.

**1434) Un nouvel Hypnotique : Le Véronal**, par SALLUSTE ROY. *Bulletin médical de Québec*, juin 1904.

C'est un médicament qui paraît destiné à devenir l'un des agents les plus précieux de l'arsenal thérapeutique des maladies nerveuses et mentales, vu son effet sédatif tout particulier sur l'excitabilité de l'écorce cérébrale.

THOMA.

**1435) Tic douloureux de la Face, Résections Nerveuses**, par le Dr R. HAL-MAGRAND. *Annales médico-chirurgicales du Centre*, 10 juillet 1904, p. 348.

Observation d'un tic douloureux de la face, rapporté à une névralgie intrinsèque des nerfs maxillaires supérieurs et inférieurs, chez une femme de 54 ans. Traitements médicaux, plusieurs résections inefficaces. Guérison après la destruction des rameaux dentaires par la rugination du périoste de la fosse ptérygo-maxillaire. Description du procédé.

THOMA.

**1436) Pourquoi la Nevrectomie échoue-t-elle parfois dans la Névralgie du trijumeau dite Tic douloureux de la Face ?** par A. LEDOUBLE. *Annales médico-chirurgicales du Centre*, 31 juillet 1904.

Ce n'est pas moins au passage d'une des branches du nerf sous-orbitaire névralgisé à travers un canal surnuméraire qu'il faut attribuer le défaut d'amélioration après la section, la résection ou l'arrachement du nerf sous-orbitaire. D'autant mieux que la branche du nerf sous-orbitaire qui s'insinue dans le canal sous-orbitaire interne surnuméraire ou le canal sous-orbitaire externe surnuméraire, se détache très haut du nerf, et que les canaux sous-orbitaires interne et externe surnuméraires, principalement l'externe, sont souvent assez distants du canal sous-orbitaire normal ou bifide, trifide ou quadrifide.

THOMA.

---

*Le gérant : P. BOUCHEZ.*

les

ral-  
elle

herf

DR.

hé-  
ra-  
le  
Les  
tri-

tin

lus  
on

al-

n-  
is-  
g-  
o-

l-

R.

re  
b.  
e.  
al  
b-  
et  
is